COUNTWAY LIBRARY
HC 402N +

20. 5. 14.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

DES

CONVULSIONS PUERPÉRALES.

7821

DES

CONVULSIONS PUERPÉRALES,

Par Oscar MAX,

DOCTEUR EN MÉDECINE, EN CHIRURGIE ET EN ACCOUCHEMENTS,
PROSECTEUR A L'HOPITAL SAINT-PIERRE,
LAURÉAT DU CONCOURS UNIVERSITAIRE DE 1862-1863.
(MENTION TRÈS-HONORABLE.)

Extrait des Annales des Universités de Belgique. — 2e Série. — Tome II.

BRUXELLES. — IMPRIMERIE DE TH. LESIGNE,
Rue de la Charité, 19, faubourg de Louvain.

1864

9671

BOSTON MEDICAL
NOV 16 1917
LIBRARY

ÉNONCÉ DE LA QUESTION :

« *Des Convulsions puerpérales.* »

« *Nihil temere affirmandum ; nihil contemnendum.* »
HIPP.

AVANT-PROPOS.

Les convulsions puerpérales constituent une affection rare, facile à diagnostiquer, difficile à guérir, effrayante dans ses manifestations, terrible par ses conséquences. On conçoit par là quel travail son étude exige, et quel service rendrait à la science celui qui porterait la lumière sur des points obscurs, comme le sont les causes et la nature des convulsions puerpérales. Je n'ai pas l'espoir de trancher cette question importante, que bien des maîtres ont laissé jusqu'aujourd'hui sans réponse. En prenant part au concours universitaire, voici le but que je me suis proposé d'atteindre, ou plutôt la tâche que je me suis imposée : réunir, d'une manière concise, un certain nombre de matériaux propres à constituer une histoire exacte de l'éclampsie ; donner les principales opinions, ainsi que les théories récemment émises au sujet de cette affection ; contrôler les observations antérieures par celles que j'ai pu recueillir, et ne jamais hasarder d'appréciation personnelle sans m'appuyer sur l'autorité des classiques, sur le raisonnement, et, avant tout, sur l'observation clinique.

Les auteurs qui ont traité des convulsions puerpérales, ont donné à ces mots une signification plus ou moins étendue, suivant le point de vue où ils se plaçaient.

Ainsi, Capuron, sous le nom générique de *convulsions*, range l'éclampsie, l'hystérie et l'épilepsie. Delamotte, Mauriceau, Puzos, Baudelocque, Bongioanni, Busck parlent fort bien des convulsions des femmes enceintes, et les distinguent en variétés, mais sans attribuer de dénomination particulière à aucune d'entre elles. Jacquemier enseigne que l'éclampsie, par sa nature, ne diffère pas de l'épilepsie et la croit une épilepsie aiguë (1). A.-C. Baudelocque, M^me^ Lachapelle, Velpeau, Desormeaux, Chailly et d'autres, se demandent si l'on doit établir une distinction tranchée entre l'éclampsie et toute autre maladie convulsive.

Nous ne parlerons pas de ceux qui ont admis des convulsions générales et partielles, faisant rentrer dans ces dernières certaines contractions brusques, involontaires de quelques organes musculaires comme l'estomac (qui produisent alors des vomissements), le cœur (qui déterminent alors des palpitations), ou l'utérus (et qui donnent lieu, dans ce dernier cas, à des phénomènes bizarres, mais qui ne peuvent être rangés parmi ceux appartenant en propre aux convulsions puerpérales).

Discuter toutes ces opinions, c'est par quoi nous devions terminer le travail que nous entreprenons en ce moment ; mais, celui-ci accompli, il nous a paru que la discussion devenait superflue. Tout ce que nous avons lu et vu nous a conduit à cette conclusion que l'éclampsie est une maladie spéciale, bien déterminée et qui ne peut, en aucune manière, être comparée aux autres affections convulsives, dont elle diffère par sa marche, les circonstances particulières dans lesquelles elle se présente, et par le traitement qu'elle exige.

L'éclampsie offre peut-être quelques traits de famille, quelque ressemblance vague dans ses symptômes extérieurs avec l'épilepsie et l'hystérie ; mais combien ces affections s'en éloignent et par leurs causes et par leurs conséquences ! Est-il jamais permis d'assimiler

(1) Pinel, Tissot, Vogel et Merriman tombent dans une erreur semblable.

ces états pathologiques à ceux qu'on observe dans les convulsions puerpérales proprement dites? Cazeaux répond par la négative, et nous sommes entièrement de son avis. Pour lui, on peut avoir pendant la grossesse, le travail ou les suites de couches des attaques d'hystérie, de tétanos, de catalepsie; les femmes peuvent également, dans les mêmes circonstances, être frappées d'apoplexie; mais, dans toutes ces affections on ne trouve de commun avec l'éclampsie qu'un symptôme, c'est la convulsion.

D'accord avec Cazeaux, nous considérons donc les convulsions puerpérales comme une maladie distincte que nous définirons de la manière suivante : l'éclampsie, chez les femmes enceintes, avant et pendant le travail, comme chez les femmes récemment accouchées, est une affection caractérisée par une série d'*accès* dans lesquels presque tous les muscles de la vie de relation, souvent aussi ceux de la vie organique, sont convulsivement contractés, *accès* le plus ordinairement accompagnés ou suivis de l'abolition plus ou moins complète et plus ou moins prolongée des facultés sensorielles ou intellectuelles.

BOSTON MEDICAL
NOV 16 1917
LIBRARY

DES CONVULSIONS PUERPÉRALES.

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'anatomie pathologique doit occuper le premier rang dans l'étude de toute affection. Si elle ne nous éclaire pas toujours sur sa nature, du moins c'est d'elle que nous attendons, pour l'avenir, le plus d'éclaircissements, c'est elle qui nous met sur la voie du diagnostic le plus exact et du traitement le plus rationnel.

Elle ne comprend pas seulement l'examen des altérations des solides, matérielles, visibles à l'œil nu, ou seulement appréciables au microscope, mais celui des modifications survenues dans la quantité ou la qualité des liquides, de certaines sécrétions surtout dont la composition chimique paraît jouer un grand rôle dans la production des accès éclamptiformes.

Nous allons donc exposer d'abord les altérations constatées à l'amphithéâtre, sur le cadavre ; nous donnerons ensuite les résultats de différentes analyses du sang et de l'urine des femmes éclamptiques; nous chercherons, enfin, si l'on peut tirer de là quelques conséquences pratiques. Dans un autre chapitre, nous verrons à quelles théories les analyses chimiques ont servi de point de départ.

Et d'abord, consécutivement à l'éclampsie, les vaisseaux encéphaliques sont fréquemment le siége d'une congestion plus ou moins considérable.

Pour le cerveau, on a trouvé parfois un foyer apoplectique au milieu de la substance nerveuse; d'autres fois, un épanchement en nappe à sa surface. Dans sept autopsies, M. le docteur Hyernaux, chirurgien de la Maternité de Bruxelles, n'a rien constaté d'anormal, ni dans le cerveau, ni dans ses enveloppes, sauf un piqueté plus ou moins prononcé de la substance blanche. Dans une observation de M. Costa-Sicre, médecin du grand lazaret des Pyrénées orientales, il est dit que la substance encéphalique est ramollie sans injection. M. le docteur Crocq nous a, de son côté, montré la substance cérébrale ramollie et brillante, état particulier caractéristique de l'œdème du cerveau, lié sans aucun doute à l'anasarque de la néphrite albumineuse. Il est vraisemblable que partout où ce ramollissement a été signalé, il ne dépendait pas d'une autre cause.

Nous lisons dans Cazeaux que, sur une femme qui a succombé à l'épilepsie puerpérale, M. Prestat a trouvé un petit corps de consistance pierreuse, gros comme un petit pois, et situé dans le corps strié du côté droit; dans un cas semblable, M. Baudelocque a constaté l'ossification de la dure-mère.

M. le docteur Pigeolet, professeur à l'université de Bruxelles, a présenté un jour, à la Société anatomo-pathologique (1), le cerveau d'une femme morte d'éclampsie, au terme de la grossesse. A la partie postérieure des hémisphères siégeaient, sous l'arachnoïde, deux petites plaques ostéiformes, de la grandeur, chacune, d'une pièce de deux centimes. Ces plaques furent examinées au microscope; elles renfermaient des corpuscules osseux et des vaisseaux sanguins. La substance cérébrale sur laquelle elles siégeaient était injectée.

Dans les collections de la même Société (*voir* Bulletin V des *Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles*, p. 5), on conserve, sous le n° 137, un tubercule crétacé, du volume d'un pois, développé à la surface interne de la dure-mère d'une femme enceinte de cinq mois, morte d'éclampsie en vingt-quatre heures. Ce tubercule s'était creusé une loge à la partie postérieure de l'hémisphère

(1) Voir *Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles*, bulletin VI, p. 6.

cérébral droit. La substance nerveuse avoisinante était tout à fait saine, pas même hypérémiée. Il n'y avait d'altérations ni aux méninges rachidiennes, ni à la moëlle épinière.

Celles-ci, cependant, ont présenté dans d'autres cas des lésions diverses. M. Crocq a trouvé, en même temps qu'une moëlle allongée et une protubérance normales, la moëlle épinière ramollie et diffluente dans sa portion cervicale, très-injectée au bulbe génito-crural, où sa consistance était diminuée, mais moins qu'à la partie supérieure.

M. Hyernaux, dans chacune des sept autopsies dont nous avons parlé, a reconnu l'existence d'une injection anormale, très-vive, des méninges rachidiennes; injection générale dans certains cas, partielle dans d'autres, et quelquefois beaucoup plus prononcée à la face antérieure qu'à la face postérieure, circonstance qui doit, dit-il, faire rejeter l'idée d'hypostase, si l'on réfléchit au décubitus dorsal que l'on donne toujours aux cadavres. Indépendamment de cette injection due à une riche arborisation vasculaire, il a constaté à diverses reprises une abondance exagérée de sérosité dans le canal vertébral, et dans un cas un ramollissement manifeste de la moëlle à la région cervico-dorsale. L'examen d'une éclamptique, morte en 1859, lui a fourni l'occasion de voir, à la portion dorsale supérieure de la moëlle, une fausse membrane longue de plusieurs centimètres, épaisse de plus d'un millimètre, en tout semblable aux pseudo-membranes qu'on rencontre parfois dans la pleurésie, dans la péritonite, etc. (*Journal de Médecine*, 1861, p. 116.)

Le docteur Jungmann, de Prague, a trouvé, dans les cadavres de femmes mortes éclamptiques, le cerveau couvert d'exsudations séreuses.

Au contraire de ce qui précède, M. le docteur Pigeolet, dans deux autopsies successives, ne découvre rien, ni dans la moëlle, ni aux méninges rachidiennes.

Les ventricules latéraux, dilatés outre mesure, renferment quelquefois beaucoup de sérosité, tantôt jaunâtre, limpide, tantôt sanguinolente. Dans des cas plus rares, les ventricules ont leur capacité normale, et ne renferment que leur dose ordinaire de liquide. Dans

le canal rachidien, on trouve aussi de la sérosité en quantité très-variable.

Les plèvres peuvent être saines, contenir du liquide séreux ou séro-sanguinolent, ou présenter entre elles des adhérences plus ou moins anciennes.

Les poumons sont sains, ou bien ils sont devenus le siége d'une hypérémie, à des degrés très-variables. Chez la femme où M. Pigeolet découvrit un tubercule de la dure-mère, il y avait en même temps, au sommet du poumon droit, un seul tubercule crétacé, du volume d'une noix aveline.

Le péricarde renferme souvent de la sérosité sanguinolente.

Le tissu du cœur est parfois pâle et peu consistant, ou bien il est normal. Nous avons trouvé le cœur entièrement vide de sang, fluide ou coagulé ; il était flasque, affaissé sur lui-même. Quand il renferme du sang ou des caillots, c'est toujours en petite quantité. Denman rapporte que, dans la plupart de ses autopsies, il a trouvé le cœur flasque, et sans une goutte de sang, ni dans les oreillettes ni dans les ventricules. Le célèbre Jenner a fait la même observation. Spœndli, de Zurich, constata la présence de bulles d'air dans le ventricule droit. (*Écho méd.*, 1860.)

Il n'y a rien de particulier à noter concernant le tube digestif, si ce n'est qu'on trouve d'habitude, à l'ouverture de l'abdomen, l'estomac et les intestins distendus par des gaz et décolorés.

La cavité péritonéale renferme fréquemment de la sérosité sanguinolente.

Le foie peut être normal, avoir perdu seulement de sa consistance ou être atteint de dégénérescence graisseuse avec des points hémorragiques. Nous avons observé ce dernier état, coïncidant avec l'état graisseux des reins ; M. Crocq a fait la même observation.

La rate est normale, ou bien un peu augmentée de volume.

Nous avons vu les ganglions mésentériques engorgés et volumineux.

L'examen des reins est important. Cazeaux pense que c'est désormais sur eux qu'il faut diriger spécialement son attention.

MM. Blot et Depaul disent que le plus souvent ils n'ont rencontré

aucune lésion rénale et soutiennent que la maladie de Bright n'a aucun rapport avec l'éclampsie.

Cazeaux, qui est d'un avis tout contraire, admet l'absence d'altération des reins, mais trouve alors une altération des liquides suffisante pour établir l'existence de la maladie de Bright, qui, pour lui, n'est pas toute entière dans la lésion rénale. « D'ailleurs, dit-il, MM. Blot et Depaul n'ont pas suffisamment examiné. Les travaux récemment publiés en Allemagne ont, en effet, démontré que l'œil nu était complétement insuffisant pour constater anatomiquement le début de la néphrite albumineuse, et que l'examen microscopique seul pouvait faire apercevoir les premiers degrés des altérations rénales. » (*Traité de l'art des accouchements,* 1858, p. 752.)

A ce point de vue, voici ce que nous avons constaté dans les autopsies dont nous fûmes témoin.

Dans un premier cas, il y avait dégénérescence graisseuse des reins, qui présentaient une coloration jaune-paille uniforme; leur membrane d'enveloppe se détachait facilement sans déchirer le parenchyme; le volume des glandes était augmenté, et leur tissu, plus mou qu'à l'état normal, se laissait facilement déchirer par le doigt.

Dans un deuxième cas, les reins, fortement congestionnés, étaient d'une couleur lie de vin; la substance médullaire était d'une coloration plus foncée que la substance corticale; elle était dure, et les pyramides présentaient, au palper, la sensation de tumeurs internes.

Dans un troisième cas, le rein droit est plus volumineux et plus lourd qu'à l'état normal; il est hypérémié. La couche corticale offre une teinte jaune, piquetée par places et présentant dans certains endroits des granulations blanchâtres. Le rein gauche, volumineux, à surface externe granulée, est jaune pâle, présente des granulations à l'intérieur et des taches ecchymotiques dans la substance corticale (1).

Chaque fois donc nous avons, pour notre part, trouvé une alté-

(1) Nous rapportons, à la fin de notre travail, les observations des cas qui nous ont fourni ces résultats.

ration des reins caractérisant la maladie de Bright, arrivée à sa dernière période, comme dans le premier et le troisième cas, ou débutant seulement comme dans le deuxième.

L'existence de lésions de ce genre est fréquente ; mais nous n'oserions affirmer qu'elle est constante. Il en est de l'affection des reins comme des lésions cérébrales, des tumeurs des méninges, des lésions de la moëlle ou de ses enveloppes, qui toutes ont été observées à la suite de l'éclampsie, mais qui ont toutes fait défaut dans certains cas donnés. Il est malheureusement vrai de dire que jusqu'ici l'altération caractéristique de l'éclampsie n'est pas connue. On a voulu la faire consister, dans tous les cas, dans une lésion rénale, et, pour expliquer l'état normal des reins que l'on constate parfois, on a eu recours, comme Cazeaux, à des arguments malheureusements démentis par les faits. Cazeaux admet que la maladie de Bright pourrait ne se révéler que par la seule altération des liquides ; si la maladie de Bright et l'éclampsie ne font qu'un, on trouvera donc toujours dans la dernière, tout au moins, une altération des liquides; cependant, outre les cas cités par Depaul, Leva, Dubois, Mascarel, etc., nous reproduisons, à la fin de ce travail, trois observations publiées en 1856 par le docteur Macari, où il n'est question ni d'anasarque, ni d'albumine dans les urines, où, en un mot, manquent les symptômes les plus vulgaires d'une albuminurie suffisamment développée pour produire des convulsions; où, par conséquent, on n'avait guère de chance pour trouver à l'autopsie une lésion rénale quelconque; donc, nous ne pourrions admettre que celle-ci soit la lésion anatomique de l'éclampsie.

Pouvons-nous plus accepter comme telle la congestion encéphalo-rachidienne, ou bien l'altération des membranes d'enveloppe de la moëlle? Non; puisque nous avons vu deux autopsies où le système vasculaire cérébral n'était le siége d'aucune congestion anormale; pas plus que la moëlle ou que les méninges cérébro-spinales, tous ces organes se montrant à nos yeux sans caractères autres que ceux qu'on y remarque dans toutes autres nécroscopies.

Quant aux liquides séreux ou séro-sanguinolents contenus dans les diverses cavités séreuses, quant aux ramollissements de la moëlle

et du cerveau dépendant de l'œdème de ces organes, ils sont fréquents, mais toujours liés, lorsqu'ils existent, à la maladie de Bright, et on n'en peut dire que ce que nous avons dit de cette dernière.

Nous devons donc, de ce qui précède, conclure avec Chailly, et les auteurs qui ont traité de l'éclampsie sans idée préconçue, que l'on ne connaît point de lésion qui révèle la nature intime de la maladie. Du moins, cela est vrai pour ce qui concerne les solides. Mais n'y aurait-il pas quelque altération constante des liquides, capable de rendre compte des accidents observés? C'est là une question qui nous semble appartenir à l'anatomo-pathologie; et c'est dans ce chapitre que nous devons l'examiner d'abord, sauf à y revenir plus tard, à propos de l'étiologie et de la nature de l'éclampsie.

Les liquides analysés sont le sang et l'urine. Pour le sang, l'attention a été portée principalement sur l'augmentation de l'urée et sur la diminution de la quantité d'albumine qu'il renferme à l'état normal. Dans l'urine, on a signalé la présence de l'albumine et celle de la kyësteine.

L'*urée* fut, comme on le sait, découverte en 1771 par Rouelle, obtenue à l'état de pureté en 1817 par Prout, et préparée artificiellement, pour la première fois, par Wolher, au moyen de l'acide cyanique et de l'ammoniaque. D'après Prévost et Dumas, on ne rencontre l'urée dans le sang qu'après l'extirpation des reins; ce qui empêche qu'on l'y rencontre avant l'ablation de ces glandes, c'est qu'elle est entraînée continuellement par elles au dehors. Donc, les éléments de l'urée existent dans le sang; à l'état normal, selon plusieurs auteurs, le sang contient même de l'urée, mais en quantité inappréciable. D'autres prétendent la doser. Ainsi, d'après M. Picard, le chiffre de l'urée dans le sang normal est de 0,016 p. %.

Il est généralement admis que, dans l'éclampsie, il y a accumulation d'urée dans le sang.

M. Laneau, dans trois cas, analysa le sang de femmes éclamptiques. Dans le premier, il constata simplement la présence de l'urée dans le sang. La troisième fois, il constata que 1,000 grammes de sang renfermaient 0 gr. 085 d'urée, moins que le chiffre normal établi par M. Picard.

La seconde fois, il ne parvint pas à constater l'urée dans le sang. Mais ce sang était alcalin d'une manière très-prononcée avant de le livrer à l'ébullition avec de l'eau distillée. Après cette opération, les parties coagulées et liquides refroidies étaient devenues neutres, et quelque temps après, elles manifestaient une légère réaction acide. M. Laneau se demande si le sang, avant l'ébullition, contenait un alcali volatil ou du carbonate d'ammoniaque, trouvant son origine dans la transformation de l'urée.

Dans ce dernier cas, la saignée avait été faite trente-six heures avant la manifestation du premier accès.

Quant aux urines, voici les chiffres donnés par M. Laneau :

Premier cas. — Urine recueillie lorsque le coma avait succédé aux convulsions.

Cette urine contient de l'acide urique et de l'urée.

30 grammes d'urine contiennent 0 gr. 0,20 d'acide urique, soit 0 gr. 660 p. ‰.

30 grammes d'urine donnent 0 gr. 500 de nitrate d'urée, correspondant à 0 gr. 2439 d'urée pure, soit 8 gr. 130 p. ‰.

Donc, il y a augmentation d'acide urique et diminution de l'urée.

60 grammes d'urine donnent 3 gr. 0 d'albumine sèche et 2 gr. 2 d'autres matières solides; total, 5 gr. 2.

Ce qui fait p. ‰ 50 gr. 00 d'albumine, et 36 gr. 60 d'autres matières solides; total, 86 gr. 60 pour 1,000 grammes d'urine.

L'urine est très-acide, et renferme encore des proportions considérables de chlorures, de sulfates et de phosphates; sa densité excessive en fait un produit tout à fait anormal (25 mars 1861).

Deuxième cas. — Urines recueillies trente-six heures avant la manifestation du premier accès. Elles sont légèrement acides et excessivement denses.

60 grammes d'urine contiennent 4 gr. 800 de parties extractives sèches, dont 1 gr. 800 d'albumine.

Ce qui fait pour 1,000 grammes 30 gr. d'albumine sèche et 50 gr. de parties extractives sèches.

Ce sont là des proportions anormales.

60 grammes d'urine donnent 0 gr. 0,010 d'acide urique, corres-

pondant à 0 gr. 166 p. °/₀₀. Il y a abaissement dans la normale d'acide urique.

40 grammes d'urine fournissent 1 gr. 100 de nitrate d'urée, équivalant à 0,5365 d'urée, ou bien à 13 gr. 4 d'urée p. °/₀₀.

La proportion d'urée variant de 12 à 16, la quantité de ce produit trouvée n'est donc pas anormale.

Les sels qui prédominent dans l'urine, sont le sulfate ammoniaco-magnésien et les chlorures.

Pour le troisième cas, nous reproduirons la note rédigée par M. Laneau lui-même.

NOTE DE M. LANEAU.

Recherches sur le sang et les urines d'une femme éclamptique.
20 décembre 1861.

A. Le sang de la femme éclamptique a été analysé au point de vue de la présence de l'urée. M. Pigeolet a fait mettre à ma disposition 200 grammes de sang. Le caillot nageait dans un liquide rouge foncé, il pesait 90 grammes; il a été bien lavé à l'eau distillée et exprimé. Le tout étant réuni, a été additionné d'un volume égal d'eau distillée, puis coagulé par la chaleur et filtré. L'opération a été continuée selon la méthode indiquée par MM. Robin et Verdeil. Lors du traitement par l'éther des liqueurs alcooliques, saturées par l'acide oxalique, qui décompose les savons et rend les graisses insolubles, j'ai obtenu, par l'évaporation spontanée de la liqueur éthérée, préalablement recueillie à part, un poids de 0 gr. 150 d'acide hippurique, parfaitement cristallisé en aiguilles prismatiques, pyramidales, taillées en biseau à leur base; quelques-unes de ces aiguilles étaient assez allongées et renflées vers le milieu en forme de fuseau et terminées en pointes aux deux bouts. En poursuivant le traitement des liqueurs privées d'acide hippurique, j'ai recueilli un poids de 0 gr. 035 de nitrate d'urée, bien caractérisé, qui équivaut à 0 gr. 017 d'urée pure.

La portion examinée du sang de la femme éclamptique contient

donc, pour 1,000 grammes, un poids de 0 gr. 085 d'urée, et 0 gr. 750 d'acide hippurique.

B. Les analyses des urines de la même femme éclamptique portent sur neuf échantillons recueillis du 20 au 31 décembre 1861. Les quatre premières urines étaient troubles et présentaient un dépôt rougeâtre. Elles devenaient claires et limpides, lorsqu'on les portait graduellement à une température de 30° à 40° centigrades; en chauffant davantage, elles se troublaient fortement par la coagulation de l'albumine.

Les cinq dernières urines étaient transparentes, et moins colorées. Elles ne déposaient presque point d'urates. Elles étaient aussi moins acides et moins coagulables par la chaleur.

Les deux premières urines, évaporées et traitées par l'éther, ont laissé, par l'évaporation spontanée, une petite quantité d'une substance cristallisée qui n'offrait pas la forme très-nette de l'acide hippurique, mais que cependant je suis enclin à admettre comme telle. Je n'ai pu continuer ce genre de recherches sur les autres urines.

Ensuite, j'ai soumis les urines à quatre expériences :

1° La recherche de la pesanteur spécifique par la méthode du flacon;

2° Le dosage de l'albumine sèche, en ajoutant à l'urine acide son volume d'eau, en coagulant par la chaleur; en filtrant à une température de 30° à 40° centigrades et en opérant un lavage prolongé avec de l'eau distillée chaude, puis avec de l'alcool concentré;

3° Le dosage de l'acide urique, en ajoutant à un poids donné d'urine, privée d'albumine, quelques centimètres cubes d'acide sulfurique concentré, et en recueillant convenablement le dépôt grenu plus ou moins coloré;

4° Le dosage de l'urée, à l'état de nitrate, en évaporant un poids donné d'urine, privée d'albumine, en consistance sirupeuse, en ajoutant de l'alcool concentré. La liqueur alcoolique filtrée est évaporée de nouveau, et additionnée d'acide nitrique pur, parfaitement incolore; le tout est maintenu dans un bain réfrigérant, pendant la réaction. Ensuite, le nitrate d'urée est convenablement recueilli, et on le pèse à l'état sec.

Voici les résultats de ces analyses par ordre de date :

Urine n° 1. — 20 décembre 1861.

Densité : 1.0349 à 12° centigrades.

			grammes.		grammes.	
50	grammes d'urine	contiennent	1.255	d'albumine sèche =	25.100	pour 1,000.
50	—	—	0.065	d'acide urique =	1.300	—
30	—	donnent	0.250	de nitrate d'urée =	0.1219	urée.
30	—	—	0.1219	d'urée =	4.063	pour 1,000.

Urine n° 2. — 22 décembre 1861.

Densité : 1.0225 à 12° centigrades.

			grammes.		grammes.	
50	grammes d'urine	contiennent	0.280	d'albumine sèche =	5.600	pour 1,000.
50	—	—	0.032	d'acide urique =	0.640	—
30	—	donnent	0.550	de nitrate d'urée =	0.269	urée.
30	—	—	0.269	d'urée =	8.966	pour 1,000.

Urine n° 3. — 23 décembre 1861.

Densité : 1.0255 à 12° centigrades.

			grammes.		grammes.	
50	grammes d'urine	contiennent	0.200	d'albumine sèche =	4.001	pour 1,000.
50	—	—	0.027	d'acide urique =	0.540	—
30	—	donnent	0.720	de nitrate d'urée =	0.351	urée.
30	—	—	0.351	urée =	11.700	pour 1,000.

Urine n° 4. — 24 décembre 1861.

Densité : 1.0241 à 12° centigrades.

			grammes.		grammes.	
50	grammes d'urine	contiennent	0.185	d'albumine sèche =	3.700	pour 1,000.
50	—	—	0.022	d'acide urique =	0.440	—
30	—	donnent	0.750	de nitrate d'urée =	0.365	urée.
30	—	—	0.365	urée =	12.166	pour 1,000.

Urine n° 5. — 25 décembre 1861.

Densité : 1.0216 à 12° centigrades.

			grammes.		grammes.	
50	grammes d'urine	contiennent	0.235	d'albumine sèche =	4.700	pour 1,000.
50	—	—	0.020	d'acide urique =	0.400	—
30	—	donnent	0.625	de nitrate d'urée =	0.304	urée.
30	—	—	0.304	d'urée =	10.133	pour 1,000.

Urine n° 6. — 26 décembre 1861.

Densité : 1.0098 à 12° centigrades.

		grammes.		grammes.
50 grammes d'urine contiennent		0.150	d'albumine sèche	= 3.000 pour 1,000.
50	— —	0.009	d'acide urique	= 0.180 —
30	— donnent	0.400	de nitrate d'urée	= 0.195 urée
30	— —	0.195	urée	= 6.500 pour 1,000.

Urine n° 7. — 27 décembre 1861.

Densité : 1.0113 à 12° centigrades.

		grammes.		grammes.
50 grammes d'urine contiennent		0.095	d'albumine sèche	= 1.900 pour 1,000.
50	— —	0.005	d'acide urique	= 0.100 —
30	— donnent	0.460	de nitrate d'urée	= 0.224 urée.
30	— —	0.224	d'urée	= 7.466 pour 1,000

Urine n° 8. — 28 décembre 1861

Densité : 1.0118 à 12° centigrades.

		grammes.		grammes.
50 grammes d'urine contiennent		0.105	d'albumine sèche	= 2.100 pour 1,000.
50	— —	0.007	d'acide urique	= 0 140 —
30	— donnent	0.450	de nitrate d'urée	= 0.219 urée.
30	— —	0.219	d'urée	= 7.300 pour 1,000.

Urine n° 9. — 31 décembre 1861.

Densité : 1.0184 à 12° centigrades.

		grammes.		grammes.
50 grammes d'urine contiennent		0.040	d'albumine sèche	= 0.800 pour 1,000.
50	— —	0.005	d'acide urique	= 0.100 —
30	— donnent	0.850	de nitrate d'urée	= 0.414 urée.
30	— —	0.414	urée	= 13.800 pour 1,000.

Ce qui précède suffit sans doute pour donner une idée nette des altérations que subissent le sang et les urines dans les convulsions puerpérales. Nous rappellerons les chiffres cités plus haut, lorsque nous exposerons la doctrine nouvelle de l'*urémie;* nous ferons alors notre profit des travaux de M. Laneau, qui, en nous communiquant ses analyses, faisait déjà remarquer les rapports des oscillations de l'urée et de l'acide urique avec l'augmentation et la diminution de l'albumine, qui constitue un produit anormal dans l'urine.

M. Laneau signale aussi la diminution de l'urée dans l'urine, coïncidant avec la présence de l'urée et de l'acide hippurique dans le sang.

« Je crois devoir ajouter, dit-il, enfin, que les urines nos 6, 7 et 8 peuvent être considérées comme des urines de boisson ; les urines du matin ou du sang devant présenter dans l'espèce une densité un peu plus élevée. »

Cl. Bernard a trouvé le *sucre de lait* dans l'urine d'une femme qui fut atteinte d'éclampsie pendant l'accouchement et qui n'allaita pas son enfant, quoiqu'elle eut les seins gorgés de lait. A la vérité, le sucre a aussi été retrouvé dans les urines de femmes en couches non éclamptiques, par Blot, Moulin et Kiersten.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE.

Les causes des convulsions puerpérales se divisent en prédisposantes, occasionnelles et déterminantes.

Des causes prédisposantes pour certains auteurs, sont occasionnelles pour certains autres, et deviennent pour d'autres, cause déterminante.

Ces divergences d'opinion montrent que la question qui va nous occuper n'est pas tout à fait résolue; nous pensons que cela provient de ce que la plupart des écrivains ont été trop exclusifs. Si, au lieu de viser au triomphe d'une doctrine, ils avaient examiné les faits sans prévention, peut-être seraient-ils arrivés à croire et à dire qu'il n'existe pas pour l'éclampsie, une cause déterminante, toujours la même, et que toute convulsion puerpérale survient sous l'influence complexe de causes prédisposantes et occasionnelles, dont l'une ou l'autre est devenue cause déterminante.

La cause déterminante varie avec les différents cas : telle est la conclusion que nous croyons pouvoir tirer des recherches que nous avons faites sur ce sujet.

Dans l'étude des causes de l'éclampsie, nous avons pris pour guide le tableau dressé par M. le docteur Pigeolet, et légèrement modifié par nous.

On y trouve indiquées toutes les causes auxquelles on a succes-

sivement rapporté les convulsions puerpérales. Nous allons les examiner en cherchant à déterminer le degré d'influence de chacune, dans la production des attaques d'éclampsie.

Pour cela, nous devons considérer :

1° L'état du sang chez la femme enceinte (idiosyncrasie de la grossesse);

2° Les modifications du sang consécutives à l'état anormal de certaines sécrétions ;

3° Le développement de la puissance du système nerveux ganglionnaire pendant la gestation ;

4° Le mouvement réflexe de l'influx nerveux ganglionnaire sur le système nerveux cérébro-spinal ;

5° La primiparité ou la difficulté du maintien de l'équilibre fonctionnel de l'état de grossesse, la première fois qu'il existe ;

6° Toutes les causes produisant une distension démesurée de l'utérus ;

7° Toutes les causes de dystocie qui nécessitent, de la part de l'utérus, des efforts plus énergiques ;

8° Certains états du tube intestinal ou de la vessie ;

9° Toutes les circonstances qui peuvent compliquer la délivrance et exiger l'introduction de la main ;

10° Toutes les causes morales qui peuvent impressionner vivement la femme ;

11° Le tempérament et la manière de vivre de la femme ;

12° Les maladies du cerveau ou de la moëlle épinière et de leurs enveloppes.

1. *L'état du sang, chez la femme enceinte.*

Pendant la grossesse, le sang subit des modifications importantes qui, comme le disent Becquerel et Rodier, dans leur *Traité de chimie pathologique,* constituent une véritable imminence morbide.

Dès le début de la gestation, la proportion des globules diminue; et cette diminution continue jusqu'à l'époque de l'accouchement.

Alors le chiffre des globules, dont la moyenne normale est de 127, peut descendre jusque 100, plus ou moins, suivant les sujets.

L'albumine diminue également, mais dans une proportion moindre que les globules; et cette diminution est d'autant plus sensible qu'on approche plus du terme de la grossesse.

La fibrine, dont le sang normal contient, d'après Prévost et Dumas, 3 grammes, et d'après Becquerel et Rodier, 2.50 grammes pour 1,000, augmente sensiblement et s'élève jusque 3.50 et même 4.

Le sang et le sérum perdent de leur densité.

Il y a beaucoup de matières grasses et de sels inorganiques.

Cette altération du sang constitue l'état physiologique de la grossesse; mais, elle peut s'exagérer et devenir alors un véritable état pathologique. Il en sera ainsi, par exemple, lorsque le chiffre des globules descendra au-dessous de 100 ; ou quand, pour 1,000 grammes de sérum, il y aura moins de 65 à 70 grammes d'albumine.

En même temps que ces changements dans la composition du sang, on observe fréquemment dans la grossesse une augmentation de quantité de la masse sanguine, qui produit, d'après Rodier et Becquerel, auxquels nous empruntons les chiffres qui précèdent, une véritable pléthore.

La diminution de l'albumine du sang pourrait suffire, d'après Cazeaux, pour déterminer les convulsions puerpérales, sans même qu'il y ait maladie de Bright. Le sang ainsi altéré déterminerait dans le centre cérébro-spinal une excitation particulière qui deviendrait elle-même la cause directe de convulsions, ou du moins qui rendrait le système nerveux plus impressionnable aux excitations qui lui arrivent, soit de l'extérieur, soit des organes intérieurs préalablement irrités.

Ces irritations, qui n'auraient aucune influence dans toute autre circonstance, deviennent, dans ces conditions, autant de causes déterminantes d'un accès éclamptique.

Cette explication, un peu hypothétique et vague, se rapproche de celles des écrivains qui ont voulu rattacher la désalbumination du sang et l'aglobulie à la théorie urémique. Certainement, l'état aqueux du sang favorise la formation des œdèmes dans lesquels les sub-

stances excrémentitielles, dont la sérosité serait chargée, pénètrent dans l'intimité des tissus. Mais ne donne-t-on pas trop d'importance à la pauvreté du sang en albumine?

Christison assure que dans les albuminuries avancées, la diminution progressive des globules annonce l'invasion des accidents nerveux. Mais ces accidents sont-ils bien l'effet de cette diminution?

Admettant un moment la théorie de l'urémie, que nous discuterons tantôt, nous rappelerons qu'il y a quelquefois des convulsions dans la néphrite aiguë, alors que la désalbumination et l'aglobulie sont encore très-peu prononcées. Christison a même constaté que les convulsions ne sont liées d'une manière absolue, ni au degré de l'œdème cérébral ou méningien, ni au degré de l'anasarque, qui cependant sont en raison directe du degré de désalbumination.

De plus, il y a des cas de cachexies cancéreuses et tuberculeuses dans lesquels le sang est devenu bien pauvre en albumine et en globules, sans qu'il se manifeste pour cela d'accidents nerveux, éclamptiformes ou autres.

A ce point de vue, l'état du sang ne peut causer à lui seul les convulsions puerpérales; mais qu'il soit favorable à leur production, qu'il facilite les épanchements sanguins et séreux si graves, c'est ce qui n'est pas douteux. On peut le considérer comme une circonstance plus aggravante dans l'invasion de la maladie. Mais nous ne lui appliquerons pas le titre de cause prédisposante. Il prédispose en effet à l'éclampsie, comme la vie prédispose à la mort; sans état de grossesse, et par conséquent sans l'altération du sang particulière à l'état de la grossesse, il n'y aurait pas de convulsions puerpérales possibles; cette modification du sang est donc mieux qu'une cause prédisposante : c'est une condition *sine quâ non*.

L'augmentation de la fibrine dans le sang, attira surtout l'attention du docteur Leva, qui, en 1844, attribua l'éclampsie à l'*obstacle qu'éprouve la circulation de la part d'une surabondance de fibrine*. De cet obstacle résulteraient l'infiltration œdémateuse, si commune dans ce cas, et l'épanchement séreux que l'on rencontre fréquemment à l'autopsie dans les ventricules du cerveau.

Cette théorie fut développée par son auteur devant la Société de

médecine d'Anvers, qui ne l'accueillit pas favorablement. Et en effet, si elle était vraie, combien les convulsions surviendraient facilement dans le cours des phlegmasies des séreuses (pleurésie, rhumatisme articulaire, etc.), là où le sang est si chargé de fibrine! Or, il n'en est pas ainsi. Il faut donc autre chose que l'augmentation de la fibrine pour rendre compte de la maladie que nous étudions.

Aussi, en a-t-on bientôt cherché la raison ailleurs, et particulièrement dans :

2. *Les modifications du sang consécutives à l'état anomal de certaines sécrétions.*

Comme conséquence des modifications du sang dans la grossesse, il arrive que les urines des femmes enceintes sont souvent chargées d'albumine, sans qu'on puisse en conclure qu'il existe une lésion rénale. C'est ce qui fut désigné sous le nom d'*albuminurie puerpérale*.

Mais fréquemment aussi il existe une véritable maladie de Bright. En 1841, Becquerel publia deux cas de grossesses compliquées de maladie de Bright, confirmée par l'autopsie ; dans un seul de ces cas, il y eut éclampsie. Leva, en 1843, continuant les recherches de Twedie, constata les relations qui existent entre l'éclampsie et l'albuminurie puerpérale; dans 14 cas de convulsions puerpérales, il rencontra 13 fois l'albuminurie. En 1849, Hyppolite Blot, dans sa thèse *sur l'albuminurie des femmes enceintes*, signalait les rapports de l'éclampsie avec cette dernière. Sur 205 femmes enceintes, il trouva 41 albuminuriques (1 sur 5), dont 7 seulement eurent des convulsions. En 1852, parut le mémoire de Simpson; en 1853, celui de Braun *sur les convulsions des femmes enceintes;* en 1854, Depaul lut son rapport à l'Académie de médecine de Paris; et la même année M. A. Imbert-Goubeyre, publia son travail *sur l'éclampsie*

Jusqu'à ce jour beaucoup d'écrivains ont tenté de démontrer que l'éclampsie est exclusivement la conséquence de la présence de l'albumine dans la sécrétion urinaire. Cazeaux devint en France le champion classique de cette théorie, que Bedford, de New-York

compromet beaucoup par cette seule remarque que l'albuminurie étant assez fréquente chez les femmes enceintes, l'éclampsie y est au contraire très-rare.

Mais, avant de se prononcer sur la valeur de l'albuminurie comme cause, ne serait-il pas bon de rechercher la véritable signification de cette altération sécrétoire?

L'albumine, coagulable à 70°, est abondamment contenue dans le sérum du sang; à l'état normal, elle est insoluble, et ne traverse pas les membranes animales sans subir auparavant de tels changements qui la rendent momentanément soluble; de là résulterait que, *dans l'état physiologique,* l'albumine du sang ne devrait pas passer à travers les reins, lors de la sécrétion urinaire. Cependant, Simon a constaté souvent dans les urines, la présence de l'albumine chez des personnes très-bien portantes; et d'autre part, chez des individus atteints de rhumatisme articulaire, d'inflammation des organes thoraciques, de fièvres périodiques, typhoïdes, de rougeole, du choléra, etc. Édouard Robin dit que l'urine devient albumineuse dans le croup, l'ascite, la bronchite capillaire avec emphysème produisant une forte dyspnée, dans la phthisie pulmonaire, dans l'hypérémie rénale, résultant de la compression des veines émulgentes par l'utérus distendu outre mesure, dans la cyanose, dans le diabète, etc.

Tegart, après s'être nourri exclusivement d'œufs pendant quelque temps, trouva de l'albumine dans ses urines.

Robin croit que le passage de l'albumine dans l'urine est le résultat d'une combustion incomplète; que l'urée est le produit de l'oxygénation de l'albumine (1) dans le sang, et que quand cette oxygénation n'a pas lieu, l'albuminurie doit en être la conséquence.

Selon William, la présence de l'albumine dans l'urine indiquerait seulement une congestion rénale.

En déterminant l'oblitération des veines rénales, Robinson, Frerichs, Meyer avaient fait passer l'albumine du sang dans l'urine.

(1) Cependant M. Staedeler n'a pas réussi à préparer de l'urée en oxydant de l'*albumine* au moyen du permanganate de potasse. (Voir *J. de pharmacie et de chimie,* mars 1858.)

Ceux qui insistent sur la compression de ces veines rénales par l'utérus distendu, disent que l'albuminurie est, en effet, particulièrement fréquente chez les femmes primipares, lorsque les parois abdominales sont résistantes, ou dans le cas de déformation du bassin, ou quand l'utérus, trop élevé, est excessivement dilaté par la présence de plusieurs fœtus, ou dans l'hydropisie amniotique, etc.

Le professeur Braun, de Vienne, fait dépendre l'albuminurie de cette compression, de la stase du sang veineux qui en est la conséquence, et des modifications particulières subies par le sang dans la grossesse.

En conséquence des travaux de ces observateurs, il semble donc que l'albuminurie peut dépendre : 1° d'une altération de la crase du sang, ou d'une modification chimique de l'albumine elle-même : 2° d'une altération organique ou dynamique des reins, ou 3° de la pression exercée sur les veines rénales.

En outre, Krimer trouva l'albumine dans l'urine d'animaux auxquels il avait coupé le nerf grand sympathique à la région du cou. Brown-Sequard n'arriva pas au même résultat.

Krimer dit encore avoir provoqué l'albuminurie par la section des nerfs qui se rendent aux reins ; et dans le cas où il avait pratiqué la section du grand nerf sympathique au cou, il dit avoir ramené l'urine à sa composition normale, par l'action de la pile voltaïque.

Mueller et Peipers, déterminèrent la mortification des nerfs qui vont aux reins, au moyen d'une ligature, mais la plupart du temps, au lieu d'urines albumineuses qu'ils attendaient, ils eurent une suppression complète de la sécrétion.

Budge occasionnait l'albuminurie en ponctionnant le cervelet.

Claude Bernard, en coupant le pédoncule cérébelleux droit, en arrière de la cinquième paire, obtint des urines à la fois albumineuses et sucrées.

Donc aux trois causes d'albuminurie indiquées plus haut, on peut en ajouter une quatrième, *à peu près* démontrée par la physiologie expérimentale, c'est 4° la lésion de certaines parties du système nerveux.

De tout cela, il résulte que l'albuminurie n'est qu'un symptôme, lié à un grand nombre d'états pathologiques, locaux ou généraux, et qui s'offre même, en certains cas, dans l'état physiologique.

Peut-on, comme le veulent certains auteurs, transformer ce symptôme en cause efficiente des convulsions puerpérales? Cazeaux est fort tenté de répondre par l'affirmative ; il pense simplifier la question, en disant : l'albuminurie est la cause de l'éclampsie. Cela revient à dire que l'éclampsie peut survenir sous l'influence de toutes les conditions qui favorisent la sécrétion d'urines albumineuses, ce qui élargit singulièrement la question.

Mais une lésion des nerfs rénaux ou de quelque partie des centres nerveux, et la compression des veines rénales, toutes causes de l'albuminurie, pourront-elles être considérées au même titre comme des causes déterminantes de l'éclampsie? non, sans doute. La première doit exercer une bien autre influence que la seconde ; et dans la part d'action qui revient à chacune, le symptôme albuminurie paraît jouer un rôle fort insignifiant.

C'est peut-être la même réflexion qui a empêché beaucoup d'accoucheurs de se ranger à l'opinion de Scanzoni et de Cazeaux.

Déjà Simpson et Cahen, moins absolus que ces derniers, enseignent que l'albuminurie *peut* être la cause de l'éclampsie, qu'elle en est seulement une cause fréquente.

Puis vient Blot, qui trouve qu'entre ces deux états morbides, il n'existe point de relation de cause à effet, mais une simple coïncidence.

Et voici Legendre, Becquerel et Bouchut, qui sont tout à fait en contradiction avec Cazeaux : pour eux l'albuminurie est un effet de l'éclampsie, ou mieux des congestions viscérales et rénales déterminées par les convulsions.

Trousseau, dans sa *Clinique médicale,* écrit qu'entre l'albuminurie et l'éclampsie existent les mêmes rapports qu'entre l'albuminurie et l'anasarque : souvent l'une et l'autre existent à la fois, et alors la relation entre l'albumine et l'anasarque est évidente ; l'anasarque peut exister sans la présence de l'albumine dans les urines; et enfin, toute hydropisie partielle ou générale, peut manquer entièrement,

alors que l'albuminurie est des plus prononcées. De même, tandis que les convulsions sont fréquentes chez les femmes albuminuriques (Imbert-Gourbeyre les a vues 94 fois sur 159), dans beaucoup de cas l'éclampsie ne se produit pas, alors qu'il y avait albuminurie depuis longtemps. A la Maternité de Paris, sur 40 femmes enceintes qui avaient l'urine albumineuse, 7 seulement eurent des accès d'éclampsie.

Depaul rapporte le fait d'une dame morte à la suite d'accès répétés d'éclampsie, dans l'urine de laquelle on ne put pas découvrir la plus petite trace d'albumine : des cas semblables furent observés par Leva, Dubois, Mascarel, et bien d'autres. M. Pigeolet en a publié un dans le *Journal de médecine*. Macari en a vu plusieurs. M. Hyernaux ne parle pas d'urines albumineuses dans les exemples qu'il rapporte ; en peut-on conclure qu'elles n'existaient pas?

Quelques auteurs rapportent des cas dans lesquels l'albumine, manquant au début, parut au second et même au quatrième accès convulsif, ce qui fut confirmé par Becquerel et Legendre.

En résumé, il peut arriver que l'on constate la présence de l'albumine dans les urines, avant le début des convulsions puerpérales, ou seulement pendant ou même après l'éclampsie, de même qu'il peut n'y avoir albuminurie à aucune de ces époques.

Donc, le fait de la présence de l'albumine dans les urines ne peut suffire, à lui seul, pour déterminer l'éclampsie. Mais il constituera une prédisposition à cette affection, parce que la plupart des causes qui produisent l'albuminurie, peuvent être rangées parmi les causes prédisposantes des convulsions puerpérales ; telles sont les modifications du sang dans la grossesse, la maladie de Bright, certaines altérations du système nerveux, etc.

L'albuminurie, ne pouvant être regardée seule comme la cause déterminante de l'éclampsie, servit de base à une théorie nouvelle, celle de l'*urémie*, dont le docteur Wieger fut l'un des propagateurs les plus enthousiastes. Nous ne saurions mieux faire pour donner une idée de ses doctrines, que d'analyser rapidement le livre qu'il écrivit sur l'éclampsie urémique.

Il s'y propose d'abord de soutenir l'opinion, qui, contrairement

aux doctrines plus anciennes professées par l'Huillier et Depaul, regarde l'éclampsie comme une complication de l'urémie.

Il tente de démontrer que les cas d'éclampsie, sans albuminurie, rappelés par l'Huillier, Depaul et Mascarel, n'ont aucune valeur, parce que l'albumine n'a pas été recherchée avec un soin suffisant, et que d'ailleurs l'absence d'albumine dans les urines n'empêche pas l'existence de l'urémie.

Il donne des faits pour prouver que Blot avance à tort que les reins ne sont pas toujours malades dans l'éclampsie.

Admettant que dans les dix jours de l'état puerpéral, ou plutôt au delà de ces dix jours, on rencontre constamment des lésions anatomiques dans les reins, et que les altérations profondes de ces organes sont plus fréquentes que les simples états congestifs, il conclut :

1° Que les reins peuvent être malades sans que l'albumine existe dans l'urine en quantité appréciable ;

2° Que l'absence de l'albumine dans l'urine, à une époque déterminée, n'est pas une preuve certaine de l'absence de la maladie rénale, de l'urémie ; la présence de l'albumine n'est point en relation avec le stade de la maladie ;

3° L'albuminurie augmente à l'approche de l'accouchement, durant l'accouchement et pendant les accès d'éclampsie ;

4° Les reins ne peuvent sécréter l'albumine, en quantité considérable, ou pendant un certain temps, sans s'engorger et devenir malades ;

5° L'affection rénale se résout quelquefois en très-peu de temps; quelquefois, elle persiste à un faible degré et s'aggrave dans les grossesses consécutives ;

6° Alors qu'elle persiste durant l'état puerpéral, l'affection rénale amène d'autres attaques d'éclampsie, ou occasionne de nouvelles complications, ou aggrave celles qui existent déjà ;

7° L'albuminurie augmente avec la production des complications morbides.

Tels sont les points fondamentaux de la doctrine défendue par Wieger, mais imaginée en 1833 par Wilson, pour expliquer les accidents convulsifs de la maladie de Bright, appliquée enfin plus tard à l'éclampsie par Lever et Ron Cormack.

Pour le dernier, les phénomènes se succédaient dans l'ordre suivant :

1° Compression des vaisseaux émulgents par le globe utérin;

2° Défaut d'élimination de l'urée par l'urine;

3° Action de ce principe sur le cerveau.

Pour que les reins n'éliminent plus l'urée, il faut qu'ils soient malades; ou plutôt, pour adopter la théorie si ingénieuse de M. Kuss que l'épithélium des canaux urinifères soit malade. Cet épithélium perd alors sa propriété de résorber les substances alibiles, et de les rendre à la circulation; il ne peut plus retenir l'albumine qui s'en va avec les urines.

Mais cet épithélium a encore la propriété de laisser s'écouler les principes excrémentitiels, urée, acide urique, etc. Il la perd, s'il est malade; et dès lors, les principes de l'urine, l'urée surtout, peuvent s'accumuler dans le sang, d'où l'*urémie*.

C'est cet état qu'on a voulu admettre comme cause déterminante des convulsions puerpérales. On a dit que la présence d'un excès d'urée dans le sang devait irriter le cerveau et la moëlle, et déterminer consécutivement des troubles fonctionnels caractérisés, soit par un état comateux, soit par des convulsions partielles ou générales.

Mais cette opinion était mal fondée; on s'en est assuré par des expériences positives. Prévost, Dumas, Ségalas, Frerichs, Vauquelin, Bichat, Fouquier, ont extirpé les reins à des animaux, ont injecté dans les veines de l'urée et de l'urine, et dans aucun cas, ils n'ont constaté les accidents dits *urémiques;* il en a été ainsi du moins tant que l'urée est demeurée à l'état d'urée.

Non-seulement l'urée n'est pas un principe délétère, mais on l'a employée comme médicament, à titre de diurétique. Mauthner, de Vienne, y eut recours avec succès contre l'hydropisie scarlatineuse des enfants; et il a pu se convaincre que c'est un médicament parfaitement inoffensif, agissant comme sédatif de la circulation, et qui serait, d'après Martin Solon, un fort bon succédané de la digitale.

Donc, la théorie qui attribue à la seule accumulation de l'urée dans le sang la production de tous les accidents urémiques, n'est pas fondée. Et, dans ce sens, l'urémie n'est pas la cause déterminante de l'éclampsie.

Henry-Bence Jones n'accuse plus l'urée des accidents urémiques, mais les attribue à sa transformation en acide oxalique. Comme le fait observer M. le docteur J. Picard, il manque à cette théorie une base fondamentale :

1° La démonstration de la possibilité de la transformation de l'urée en acide oxalique;

2° Chez aucun malade, ayant succombé à des accidents urémiques, on n'a démontré la présence d'acide oxalique, ni d'oxalates dans le sang;

3° La mort des urémiques ne ressemble en rien aux symptômes de l'empoisonnement oxalique.

Maintenant surgit une nouvelle théorie, la plus importante : c'est celle de Frerichs, de Breslau, basée sur la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, et sur l'intoxication du sang par ce dernier agent.

Il était démontré que l'urée se transforme facilement en carbonate d'ammoniaque; mais il fallait prouver que celui-ci produit les accidents urémiques. Frerichs fit à ce sujet un grand nombre d'expériences :

1° Il injecta de l'urée à des animaux néphrotomisés; tant que l'urée n'était pas décomposée, aucun trouble nerveux n'apparut. Dès que cette substance fut changée en carbonate d'ammoniaque, les phénomènes urémiques commencèrent. La bile et les sécrétions de ces animaux contenaient du carbonate d'ammoniaque. A l'autopsie, rien du côté des centres nerveux.

2° Il injecta du carbonate d'ammoniaque dans les veines de chiens bien portants. Au bout de très-peu de temps, ils eurent des convulsions suivies de coma. Puis le calme revint, et l'on constata que l'air expiré par ces animaux ne contenait alors plus de carbonate d'ammoniaque.

Lehmann, Schmidt, Kreysik, publièrent des faits qui venaient à l'appui de la théorie de Frerichs. Orfila également.

Mais Gallois, Reuling et Schottin la combattirent. Schottin montra que les sulfates alcalins injectés dans le sang, produisent des accidents analogues à ceux qu'amènent les injections de carbonate

d'ammoniaque; et il attribua le carbonate d'ammoniaque, que renfermerait l'air expiré dans l'urémie, à la décomposition putride des matières fuligineuses de la bouche et du pharynx, ou même à la carie dentaire, ou à l'angine tonsillaire.

D'autre part, G. Zimmerman, administrant de hautes doses de sel ammoniacal, n'a jamais observé les effets signalés par Orfila. Cl. Bernard et Barreswill ont trouvé du carbonate d'ammoniaque dans l'estomac et les intestins d'animaux auxquels ils avaient enlevé les reins; et d'autres observateurs ont quelquefois reconnu au sang une odeur ammoniacale, sans qu'il y eut dans ces cas de phénomènes d'intoxication urémique.

Après avoir combattu la théorie de Frerichs, Schottin en propose une nouvelle.

Le sang normal est alcalin, et cette alcalinité est nécessaire, dit-il, pour favoriser les diverses métamorphoses des matières extractives. Or, l'urée est une substance indifférente qui n'est ni acide, ni alcaline; elle est dans le sang comme une entrave aux phénomènes d'oxydation; car le sang, saturé par elle, est devenu indifférent, lui aussi, au papier de tournesol; les bases, masquées par l'urée, ne peuvent plus se combiner avec les acides sécrétés par l'économie. Toutes ces causes empêchent les métamorphoses des matières extractives, dont l'accumulation empoisonne l'organisme. Schottin appuie sa théorie de ce fait: que les rapports entre l'albumine et les matières extractives sont changés par l'accumulation de ces dernières; au lieu d'être à l'albumine comme 5 : 100, les matières extractives sont à l'albumine comme 40 : 10.

La théorie de Schottin ne paraît pas admissible; car on ne comprend pas qu'une substance, qui n'est ni alcaline ni acide, puisse neutraliser le sang; et on a souvent constaté que, loin d'être neutre, le sang des urémiques est beaucoup plus alcalin qu'à l'état normal. On a vu plus haut l'alcalinité du sang signalée par M. Laneau dans une de ses analyses.

En résumé, si nous étudions les auteurs qui se sont occupés de l'urémie, comme cause des convulsions puerpérales, nous nous trouvons en présence de plusieurs théories; et dans les diverses

expériences faites en vue de soutenir chacune d'elles, on observe des résultats tout à fait contradictoires.

Des nouvelles recherches, des expériences plus convaincantes et plus concordantes surtout, restent donc nécessaires pour démontrer d'une manière incontestable l'existence de l'urémie et sa véritable nature, et la liaison intime qu'il y aurait entre elle et les convulsions puerpérales.

A ce propos, nous tiendrons compte des analyses faites par M. Laneau, et que nous avons rapportées à propos des lésions des solides et des liquides propres à l'éclampsie.

Dans l'urine d'une malade, analysée chacun des neuf premiers jours de l'affection, la quantité d'albumine alla toujours en diminuant, si bien que de 25.100 grammes p. ‰ qu'elle était au premier jour, elle était tombée, au neuvième jour, à 0,800. En même temps, la quantité d'urée, qui était de 4.063 p. ‰ le premier jour, allait toujours croissant, et atteignait 13.800 p. ‰ le neuvième jour.

Ces modifications coïncidaient avec le retour à la santé; et il est permis, me semble-t-il, d'établir ici une relation entre les modifications de l'urine (diminution d'albumine, et retour à la quantité normale d'urée) et l'état d'amélioration de la malade. Mais où est la cause, où est l'effet?

Relativement à l'urémie, M. Laneau analysa, comme nous l'avons déjà dit, le sang de trois éclamptiques. Une première fois, il ne put trouver d'urée dans du sang recueilli trente-six heures avant tout accès; mais ce sang était très-alcalin et renfermait *peut-être* du carbonate d'ammoniaque. Dans le deuxième cas, il trouva de l'urée, et dans le troisième, il put la doser. Mais dans ces deux derniers cas, il n'est pas question de carbonate d'ammoniaque, et la théorie de Frerichs est loin d'être confirmée.

Nous ne pouvons donc pas encore considérer l'urémie et les convulsions puerpérales comme une seule et même affection. Mais on peut admettre que, *dans certains cas*, l'urée s'accumule dans le sang et par sa décomposition, ou même, par sa seule présence, concourt à la production de l'éclampsie, et peut-être même suffit quelquefois pour déterminer les convulsions.

Nous n'en dirions pas autant de *l'accumulation de la kyestéïne* dans le sang. Le docteur Bedford, de New-York, se demande si les convulsions puerpérales ne lui seraient pas dues, plutôt qu'à l'albuminurie? Il lui paraît nécessaire, pour résoudre cette question, de constater la fréquence relative de l'éclampsie, après l'accouchement, chez les femmes qui nourrissent et celles qui ne nourrissent pas, et en second lieu, la proportion relative de la kyestéïne dans l'urine de celles qui sont exemptes de convulsions et de celles qui en sont attaquées.

La kyestéïne agirait sur les centres nerveux, à la manière de la bile qui, mêlée au sang, produit un état comateux ; de l'urée produisant l'intoxication urémique, comme le veulent certains auteurs. Cette théorie de la rétention de la kyestéïne mérite à peine une réfutation, si l'on admet que la kyestéïne n'est que le résultat de la formation et de la cristallisation, dans l'urine, du phosphate ammoniaco-magnésien, qui, venant à la surface, y constitue bientôt une pellicule irisée; et que, d'ailleurs, cette pellicule n'est pas uniquement propre aux urines des femmes enceintes.

La *cholémie* a encore été invoquée comme cause prédisposante, et même déterminante. Mais, dans les observations que nous possédons, cette proposition n'est démontrée nulle part ; et, d'ailleurs, elle ne paraît avoir jamais été sérieusement avancée ni défendue.

Nous ne pouvons pas oublier la doctrine des *ferments morbides,* renouvelée en Italie par le docteur Polli, de Milan. D'après ce dernier, le sucre de lait, qui, par suite de la suppression de la sécrétion mammaire s'accumule dans le sang, se convertit par la fermentation en acide lactique, et détermine une coagulation fibrineuse plus ou moins étendue dans le torrent de la circulation, ainsi que les désordres successifs que les embolies doivent éveiller dans l'organisme, selon l'endroit où ces caillots se forment et celui où ils sont charriés.

3. *Le développement de la puissance du système nerveux ganglionnaire durant la gestation;*

4. *La primiparité ou la difficulté du maintien de l'équilibre fonctionnel de l'état de grossesse, la première fois qu'il existe;*

5. *Le mouvement réflexe de l'influx nerveux ganglionnaire sur le système nerveux cérébro-spinal.*

Ces trois causes ont été spécialement signalées dans ses cliniques par M. le docteur Pigeolet, qui s'exprimait à ce sujet dans les termes suivants :

« Dans l'étude des circonstances au milieu desquelles l'éclampsie prend naissance, il y a trois faits qui dominent toute la question, et, selon nous, on ne leur a pas accordé l'importance qu'ils méritent.

« Ce sont : 1° la fréquence de la maladie chez les primipares; 2° l'intervention ordinaire d'une cause déterminante occasionnelle, qui précède l'invasion de la maladie, la manifestation du premier accès; 3° la cessation habituelle des accès par l'évacuation de l'utérus.

« Tous les auteurs sont d'accord pour signaler la très-grande fréquence de la maladie chez les primipares. Ainsi, Collins en cite 73 cas sur 85 ; Ramsbotham, 15 sur 22 ; Mme Lachapelle, 7 sur 8 ; Merriman, 28 sur 38. Ils donnent tous de ce fait la même interprétation , la résistance des parois abdominales ; pour les uns, il en résulte un obstacle à la distension de l'utérus ; pour les autres, la compression des reins et toutes ses conséquences. Nous ne pouvons admettre ni le fait lui-même, ni l'explication qu'on en donne ; s'il était vrai que la résistance des parois abdominales fut capable de produire tous ces effets, il y a longtemps qu'on aurait eu à signaler la compression de l'abdomen par les vêtements, ressource à laquelle ne manquent jamais de recourir les personnes, et elles sont nombreuses, qui sont obligées de cacher leur grossesse, de la dissimuler jusqu'à terme ; n'aurait-on pas eu également à observer bien plus fréquemment l'éclampsie dans la classe de la société chez laquelle l'usage du corset est habituel, chez toutes les personnes atteintes d'une affection abdominale, dont la conséquence a pour résultat une compression plus ou moins prononcée des viscères contenus dans

cette cavité ; bien plus, ce ne serait point à cinq, six et sept mois de gestation, comme on en rencontre de si fréquents exemples dans les salles de clinique, que l'éclampsie se produirait, mais à une époque plus avancée, lorsque réellement la paroi abdominale doit offrir une certaine résistance à la distension de l'utérus devenu plus volumineux. Et n'aurait-on pas également rencontré presque toujours l'albuminurie et toutes ses conséquences dans les cas d'hydropisie amniotique, de grossesse gémellaire? Il est vrai que ces conditions sont considérées comme autant de causes prédisposantes de l'éclampsie, mais il n'est pas moins certain qu'on rencontre fréquemment ces états, sans qu'ils soient accompagnés d'aucun désordre de ce genre ; c'est là la règle, et, dans l'hypothèse que nous combattons, ce ne devrait être que l'exception.

« Mais, dira-t-on, comment expliquez-vous la fréquence de l'éclampsie chez la primipare, si vous n'admettez pas que la résistance des parois abdominales en soit la cause?

« Dans un travail sur *les Vomissements incoërcibles*, que nous avons publié en 1857, nous avons établi que chez la femme, considérée depuis l'époque de la nubilité jusqu'à l'âge de retour, trois états se partagent alternativement cette grande période : 1° la vacuité utérine, état de menstruation ; 2° la grossesse, état de gestation ; 3° l'allaitement, état de lactation.

« A ces trois états correspond un équilibre fonctionnel différent.

« Nous sommes entrés à ce propos dans des considérations très-circonstanciées sur les modifications fonctionnelles qui constituent l'état de grossesse, particulièrement au point de vue des changements dont le liquide sanguin est le siége, changements qui ont uniquement pour but d'approprier l'instrument de la propagation aux circonstances actuelles, à la tâche qu'il est en train d'accomplir.

« N'y a-t-il pas dans ces conditions nouvelles, toutes différentes de celles de l'état de vacuité, de celles que l'on rencontre dans les conditions organiques quelconques existant en dehors de l'état de gestation, une prédisposition bien plus manifeste que dans la résis-

tance des parois abdominales? Mais, dira-t-on, ces circonstances, qui sont communes à toutes les femmes grosses, pourquoi ont-elles plus d'influence chez la primipare?

« Voici notre réponse : lorsque l'économie est appelée à fournir pour la première fois ces conditions toutes nouvelles, bien différentes de celles de l'état de vacuité, à permettre l'établissement d'un équilibre fonctionnel tout autre que celui qui le précédait, ces modifications ne peuvent s'établir avec la même facilité, avec la même tolérance de la part de l'organisme; la pathologie nous offre bien des exemples qui présentent de l'identité avec les circonstances que nous signalons; dans la grossesse même, tous les auteurs ne considèrent-ils pas une première grossesse comme exposant plus particulièrement la femme à l'avortement? Ne voyons-nous pas la première évolution ovarique, la première menstruation accompagnée de difficultés fonctionnelles annonçant toute l'incertitude de l'organisme dans l'équilibre fonctionnel nouveau? Des phénomènes identiques ne se manifestent-ils pas également à l'époque de la ménopause?

« Une circonstance dont on n'a pas tenu compte doit être également prise en considération : nous voulons parler *du développement* tout particulier *que prend*, pendant la grossesse, *le système nerveux ganglionnaire*. La fonction principale qui lui est dévolue, après celles qu'il a dû diriger pendant la gestation, c'est celle à laquelle il présidera au moment du travail ; il devra fournir la principale dose d'innervation nécessaire à l'expulsion du fruit, et, dans ce cas, on ne pourra pas invoquer l'intervention de la moëlle épinière, puisqu'il est reconnu que la femme en travail, qui se trouve sous l'influence du chloroforme au point d'annihiler l'action des mouvements volontaires, n'en conserve pas moins l'aptitude nécessaire à l'expulsion du fruit, par les seuls efforts musculaires de la matrice.

« L'observation nous met donc sur la voie pour arriver à l'interprétation de la succession des phénomènes qui favorisent l'invasion de l'éclampsie chez la primipare.

« La grossesse est accompagnée de changements profonds dans la composition du sang, un équilibre fonctionnel nouveau en est la

conséquence, il se maintient avec une certaine difficulté, la première fois que l'économie y est soumise; qu'une cause quelconque intervienne, capable de rompre l'équilibre, l'action du système ganglionnaire est mise en jeu pour renverser l'état actuel, pour débarrasser l'utérus de son produit, et si un obstacle se présente à ces manifestations, toute la dose d'influx nerveux qui était mise en réserve, et qui devait être appropriée par le système nerveux ganglionnaire, dans un but utile, se trouve reportée, par un mouvement réflexe, sur la moëlle épinière et le cerveau, et de là naissent tous les désordres qui constituent l'éclampsie.

« On nous dira qu'on rencontre l'éclampsie dans d'autres circonstances que l'état de grossesse ; oui, on rencontre des convulsions éclamptiformes dans d'autres conditions pathologiques, mais combien le tableau des symptômes est différent! Naguère encore, nous assistions aux derniers moments d'une dame dont l'albuminurie avait miné la santé ; les yeux étaient convulsés presque en permanence, mais il n'y avait point de ces accès, avec les intervalles de coma, comme dans l'éclampsie puerpérale; l'état convulsif était permanent, quelquefois plus, quelquefois moins prononcé, mais la connaissance ne fit jamais défaut jusqu'au dernier moment. Dans toutes les occasions que j'ai eues d'être témoin d'une fin de ce genre, j'ai rencontré des phénomènes identiques. Quelle différence avec les convulsions puerpérales!

« 2° L'intervention ordinaire d'une cause déterminante qui précède l'invasion de la maladie, la manifestation du premier accès.

« Il y a de ce chef une distinction à établir, car la cause déterminante varie selon que la maladie survient pendant le cours de la gestation ou pendant le travail de l'accouchement.

« Si l'urémie ou l'intoxication du sang par un principe quelconque, dérivant d'un défaut de l'une ou l'autre sécrétion, pouvait être efficace à la production de l'éclampsie, on la verrait souvent, et même presque toujours, survenir sans qu'une cause déterminante ait eu à manifester son influence, et, sous ce rapport, les toxicologistes ne sont pas, autant que les médecins, à même d'apprécier ce point de pathologie ; la maladie se montrant bien plus fréquemment

dans la classe ouvrière, dans la classe peu aisée de la société, tous les cas d'éclampsie qui surviennent pendant le cours de la gestation se présentent dans les salles de médecine de nos hôpitaux, les femmes enceintes n'étant reçues dans les hospices de Maternité, au moins dans notre ville, qu'au moment de l'accouchement, ou au plus tôt dans les derniers jours de la grossesse, c'est pour ce motif qu'on rencontre plus fréquemment l'éclampsie pendant la grossesse dans les salles de médecine qu'à la Maternité.

« Dans tous les cas qui se sont présentés à notre observation, nous avons pu, la plupart du temps, constater qu'une influence morale avait précédé l'invasion de la maladie; tantôt c'étaient les conditions particulières dans lesquelles se trouvent les jeunes femmes pour lesquelles une grossesse illicite est une source de chagrins de famille; tantôt, c'était un accès de colère, ou une forte émotion, comme celle qui résulte de la découverte de la grossesse par les parents, par les maîtres, qui avaient précédé l'arrivée de la maladie.

« Si, dans certains cas, on pouvait reconnaître dans l'état des urines une prédisposition, il n'en était pas moins vrai que jusqu'au moment de l'action de la cause déterminante, tout était resté dans le calme; rien n'était venu déceler le trouble qu'un poison circulant avec le sang, n'aurait pas manqué de produire, par une suite de phénomènes précurseurs qu'on devrait presque toujours rencontrer.

« Il devrait en être de même dans les cas où une maladie de la moëlle épinière ou du cerveau, en serait le point de départ, et une succession de phénomènes dérivant de cette source, devrait précéder l'éclampsie et se montrer encore après sa cessation, dans les cas où la guérison de cette maladie serait obtenue.

« Lorsque la cause déterminante réside dans un obstacle à la parturition, qu'il provienne des parties osseuses ou des parties molles, ce n'est qu'au moment du travail, où cette cause intervient, que le trouble nerveux qui constitue l'éclampsie se présente, et lorsque l'influx nerveux rencontre un obstacle à l'accomplissement des fonctions auxquelles il est destiné;

« 3° La cessation des accès par l'évacuation du contenu de l'utérus.

« Tous les auteurs sont d'accord pour considérer comme une circonstance bien avantageuse dans l'éclampsie, que le degré d'avancement du travail permette de procéder au plutôt à l'évacuation de l'utérus. La plupart posent la règle de procéder à l'accouchement, par la rupture des membranes, si le travail est sur le point de se terminer, ou par l'application du forceps ou de la version, si le col est dilaté ou dilatable, même par l'accouchement forcé par la dilatation manuelle du col ou son incision multiple, si le travail n'est pas très-avancé et que les accès sont intenses et rapprochés, et, je dois le dire, les succès dont nous avons été témoin ont été obtenus par l'accomplissement de ces règles.

« Je demande après cela, dit M. Pigeolet, à tout esprit non prévenu par des vues théoriques ou des idées préconçues, s'il en serait de même dans ces cas, si l'urémie était l'origine du mal, si une maladie du cerveau ou de la moëlle épinière en était la cause; bien certainement non; la déplétion de l'utérus ne pourrait tout au plus apporter qu'un allégement, et l'on verrait la maladie continuer ses ravages jusqu'au complet épuisement de la cause productrice. »

Telle est l'opinion de M. Pigeolet, sur la nature et l'influence de trois causes intimement liées les unes aux autres, et qui ne peuvent pour ainsi dire pas développer leur action isolément. Leur examen nous conduit directement à l'étude de :

5. *Toutes les causes qui produisent une distension démesurée de l'utérus.*

L'utérus développé outre mesure, soit par une hydropisie de l'amnios, soit par la présence de plusieurs enfants ou d'un seul enfant très-volumineux, etc., exerce une certaine pression, anormale, sur les organes environnants. Certains auteurs, considérant qu'il comprime alors les vaisseaux sanguins descendants, disent que, par là, le sang reflue vers les parties supérieures du corps, envahit le cerveau, et produit les convulsions.

Si cette explication était vraie, les convulsions seraient beaucoup

plus fréquentes; et de plus, on ne les observerait pas après l'accouchement, lorsque toute pression utérine a cessé d'exister.

Mais la veine rénale est aussi comprimée, et elle le sera d'autant plus que l'utérus est plus distendu; si la femme est primipare et si les parois abdominales sont très-résistantes, la compression sera encore plus énergique et plus marquée. Elle aura pour conséquence de produire une hypérémie d'abord, puis une inflammation des reins: d'où l'albuminurie avec toutes ses conséquences!

Nous savons que chez la femme, l'utérus est une grande source d'irritabilité morbide; et que toute cause capable de l'affecter en quoi que ce soit, peut agir consécutivement sur l'économie toute entière, avec quelques différences pour chaque femme, dues à des dispositions ou à des affections antérieures.

L'utérus présente, en tout temps, des relations sympathiques, étendues, avec tous les autres organes; à une certaine époque, il gouverne toute l'économie. Il est surtout en relation avec le système nerveux ganglionnaire; et les nerfs qu'il reçoit des plexus hypogastrique, ovarique, prennent pendant la grossesse un développement considérable; du moins cela paraît prouvé par certaines préparations anatomiques. Le système nerveux auquel ces nerfs appartiennent est lui-même sous la dépendance du système nerveux rachidien, car ces nerfs partent de la moëlle, et ne diffèrent des autres qu'en ce qu'ils traversent des ganglions qui ont pour objet de ralentir, de diminuer la trop grande impressionnabilité du système nerveux périphérique. Ils sont soumis également aux lois de l'action réflexe, qui a, ici, son point de départ dans les ganglions. Mais si les impressions sont assez vives, les ganglions sont traversés, et elles se transmettent à la moëlle, à cette partie désignée sous le nom de *renflement génito-crural*, sous l'influence directe duquel se trouve l'utérus.

Supposons maintenant l'utérus surexcité, par exemple, par une distension extrême. Son irritation est transmise par les nerfs au renflement génito-crural; de là les irritations se transmettent facilement au reste de la moëlle, par la grande aptitude qu'ont les parties de la moëlle épinière à se communiquer réciproquement leurs états, et

arrivent ainsi jusqu'à l'encéphale. Consécutivement, surviennent les convulsions, dont l'irritation de l'utérus a été la première cause, le point de départ. (Crocq.)

Cette irritation peut dépendre quelquefois de la distension exagérée de l'utérus.

Elle surviendra aussi sous l'influence de :

7. *Toutes les causes de dystocie qui nécessitent de la part de l'utérus des efforts plus énergiques* (1) ;

8. *Toutes les circonstances qui peuvent compliquer la délivrance et exiger l'introduction de la main.*

Cette irritation n'est pas cependant, pour nous, la seule cause, le seul point de départ possible de la maladie. Si cela était en effet, n'observerait-on pas toujours la cessation des accès après l'accouchement? Et le travail ne devrait-il pas se déclarer spontanément, plus souvent que cela n'a lieu? Car il semble que le premier effet d'une irritation utérine, doit être de produire les contractions de l'utérus, et on sait que celles-ci tardent quelquefois longtemps à se montrer dans l'éclampsie et que quelquefois elles manquent tout à fait.

Nous admettrons donc que l'irritation utérine sera souvent, mais pas toujours, le point de départ des convulsions puerpérales.

Celles-ci, en effet, ont éclaté sous l'influence d'une cause bien simple en apparence, de :

9. *Certains états des intestins et de la vessie,*

Sous l'influence d'une accumulation de matières fécales dans le rectum, ou d'une rétention d'urine, d'une distension exagérée de la vessie.

Ainsi, Delamotte, dans ses 364e et 365e observations, nous montre deux cas où l'éclampsie avait paru comme conséquence

(1) Telles sont la mauvaise conformation ou l'obstruction du bassin ; l'oblitération complète ou partielle du vagin ou de la vulve ; les altérations organiques ou le spasme du col ou du corps de la matrice ; les monstruosités du fœtus ; ses mauvaises positions.

d'une accumulation considérable d'urine dans son réservoir. Les convulsions cessèrent dès que le cathétérisme eut vidé la vessie.

Indépendamment de ces causes purement physiques, on ne peut nier l'influence de :

10. *Toutes les causes morales qui peuvent impressionner vivement la femme;*

11. *Du tempérament et de la manière de vivre de la femme.*

Il y a deux classes de femmes, spécialement disposées aux convulsions puerpérales : les pléthoriques et les nerveuses. L'irritabilité nerveuse qui y prédispose est commune chez les femmes du monde, qui se laissent facilement aller aux passions déprimantes de l'esprit. Les femmes qui ont passé les derniers mois de leur grossesse dans la solitude, la tristesse et la misère, sont fortement exposées aux convulsions ; les jeunes filles, victimes de la séduction, sont dans ce cas ; leur position les dote d'une susceptibilité nerveuse quelquefois excessive; et une impression morale vive suffit alors pour faire éclater tout à coup l'affection qui les menaçait.

12. *Les maladies du cerveau ou de la moëlle épinière et de leurs enveloppes*, jouent, pour certains auteurs, le plus grand rôle dans la production de l'éclampsie.

Selon MM. Van Huevel et Hyernaux, l'éclampsie ne surviendrait jamais, sans qu'il y ait, chez les femmes qui en sont atteintes, une *prédisposition,* caractérisée par une grande excitabilité du système nerveux, une exaltation de la sensibilité générale, qui *a sa source probable* dans une irritation préexistante des méninges rachidiennes ou céphaliques.

Ils pensent, qu'avant tout accès, il y a une irritation chronique des méninges, un travail inflammatoire lent, sourd, maintenu à l'état latent pendant la gestation, époque, ainsi qu'on le sait, où toute l'activité vitale se concentre vers l'utérus, au bénéfice des organes malades, s'il y en a. Cet état accroît peu à peu et insidieusement

l'irritabilité des femmes, qui se réveille ensuite forte, énergique, lorsque la douleur de la parturition, ou quelque impression plus vive que d'habitude, vient à se manifester.

MM. Van Huevel et Hyernaux rapportent quelques autopsies qui plaident en faveur de leur opinion, mais celle-ci ne peut toujours être adoptée, puisque, dans d'autres autopsies, on a trouvé la moëlle, le cerveau et leurs méninges parfaitement intactes.

Pour M. Crocq, il y a irritation de la moëlle épinière pouvant se transmettre au cerveau. Mais il ne faut pas croire que ce soit là une action purement dynamique, sans altération matérielle. Partout où une modification dynamique existe, il y a une modification matérielle; changement de pression, de circulation, etc., et par suite de nutrition dans le système nerveux atteint. Ces modifications sont en grande partie insaisissables, mais il y a quelque chose d'appréciable, ce sont les modifications de la circulation. Or, quand il y a de semblables réactions sympathiques qui s'exercent, la circulation s'accélère dans le bulbe génito-crural; il s'y fait une congestion qui marche successivement jusqu'à l'encéphale, et il y a, en définitive, une congestion, soit encéphalique, soit méningée, dont l'accès convulsif est le symptôme.

Cette congestion, ne serait ni la cause, ni l'effet de l'éclampsie; elle en serait l'altération anatomique.

Nous terminerons en plaçant en regard de cette opinion, celle de M. Rilliet, qui considère les accidents attribués à l'urémie, comme devant être rapportés à une véritable hydrocéphalie aiguë, née, comme toutes les autres hydropisies, sous l'influence de la diminution de la proportion d'albumine du sang. (*De l'encéphalopathie albuminurique,* MONITEUR DES HÔPITAUX, 1853.)

CHAPITRE III.

NATURE DE L'ÉCLAMPSIE.

Franck et Burns firent dépendre les convulsions d'une pléthore rachidienne, Stolz d'une congestion cérébro-spinale.

Dugès croyait que l'irritation nerveuse était localisée dans la substance corticale du cerveau, spécialement à la base de ce viscère et à la base du cervelet, au voisinage de la moëlle allongée et de la protubérance annulaire. Ozanam était du même avis.

Duclos et Bouteiller, cherchant la cause prochaine de l'éclampsie, pensèrent l'avoir trouvée dans quelque modification dynamique que la grossesse amène dans l'organisme, et dans les réactions sympathiques que l'utérus peut produire sur l'économie tout entière.

D'autres attribuent le développement de l'éclampsie à une congestion séreuse, à la maladie de Bright.

Leva, d'Anvers, considérant que chez les femmes enceintes, le sang est presque toujours couenneux, dit que cet excès de fibrine rend difficile la circulation veineuse, et se rend ainsi compte de l'infiltration des femmes enceintes, et par suite, de l'éclampsie.

Cazeaux croit que l'albuminurie est la cause prochaine des convulsions puerpérales; et cependant, il est forcé d'admettre que, dans quelques cas très-rares, l'irritation réflexe produite par un travail excessivement pénible, ou la congestion violente des veines

rachidiennes, produite par les efforts excessifs auxquels se livre la femme, peuvent surexciter la moëlle outre mesure, et produire des convulsions générales. En tout cas, il exclut l'éclampsie de la classe des névroses.

Bouchut enseigne que l'éclampsie n'est pas sous la dépendance de lésions matérielles des centres nerveux.

Le professeur Pastorello confesse son ignorance en ce qui concerne cette question. Il reconnaît dans les accès une congestion sanguine très-marquée de l'axe cérébro-spinal, mais dans la majeure partie des cas, il la dit secondaire.

Nægele écrivait que l'éclampsie reconnaît presque toujours pour cause prochaine une forte congestion encéphalique et un état d'irritation cérébrale.

Le professeur Timmermans, dans sa thèse d'aggrégation au collége médico-chirurgical de Turin, considère l'éclampsie comme une irritation congestive du cerveau, en se fondant sur les symptômes cérébraux qui l'accompagnent, et sur la perte de la connaissance qui en est un caractère distinctif. Suivant lui, la moëlle épinière et la moëlle allongée participent à la maladie, mais ne peuvent en être le siége exclusif. Il voudrait donner une explication satisfaisante des accès de la maladie, de leur forme, de la modalité pathologique spéciale du système nerveux, mais il ne peut y parvenir et finit, comme Pastorello, par avouer son ignorance.

Giordano, dans un Mémoire *sur l'éclampsie* (1), écrit ceci : « Je le répète, peut-être avec trop de présomption, mais avec une conviction profonde, l'éclampsie puerpérale est, dans son élément convulsif, l'effet de l'anémie cérébrale par l'obstruction des artères au moyen de caillots. » C'est-à-dire que Giordano, reprenant les idées de Virchow, sur l'embolie et la thrombose, a voulu s'en servir pour donner raison des convulsions puerpérales.

En parlant des convulsions, Trousseau établit que leur cause, qui réside dans un changement inappréciable, une modification dans

(1) Giordano est partisan de la doctrine des ferments morbides. Nous avons vu plus haut comment celle-ci rend compte de la coagulation spontanée du sang dans les vaisseaux.

l'état normal du cerveau et des nerfs, ne tombe pas sous nos sens après la mort : on n'en retrouve que les effets, qui varient suivant la violence et la durée de ces convulsions, dont nous ignorons donc la cause prochaine. Plus le système nutritif et les phénomènes végétatifs sont pauvres et languissants, plus les phénomènes nerveux sont mobiles, exaltés, irréguliers.

P. Dubois considère l'éclampsie comme une névrose.

Scanzoni enseigne que, relativement à l'étiologie, les convulsions des muscles volontaires peuvent être divisées en trois classes : 1° les convulsions réflexes succédant à l'irritation des extrémités nerveuses sensitives ; 2° les convulsions spinales dépendant de l'irritation directe de la moëlle épinière ; 3° les convulsions cérébrales procédant du cerveau.

Il voit dans l'éclampsie une irritation périphérique des nerfs sensitifs de l'utérus, et son irradiation aux nerfs du mouvement : il considère comme chose très-probable que diverses circonstances puissent produire des convulsions médullaires ; que les irritations cérébrales puissent s'étendre à la moëlle, et que l'albuminurie, en agissant sur les centres nerveux, soit la principale cause de l'éclampsie.

Landsberg la considère comme le produit d'une action réflexe, ayant son point de départ dans les nerfs sacrés et spinaux.

Chailly (Duclos, Bouteiller, Gendrin, Raffaele professent des doctrines analogues) n'y voit qu'une surexcitation nerveuse déterminée par les sympathies utérines.

D'après MM. Van Huevel et Hyernaux l'éclampsie ne peut s'expliquer que par une irritation préexistante des méninges rachidiennes ou céphaliques.

Lumpe n'y voit qu'une lésion rénale. Pour Rilliet, c'est une hydrocéphalie aiguë dépendante de l'albuminurie.

Lecœur enseigne que l'éclampsie est presque toujours le résultat d'un raptus séreux, qui se fait rapidement des extrémités abdominales vers le cerveau.

Pour Mascarel, le développement de l'utérus peut seul rendre compte des convulsions puerpérales.

Quelques écrivains, s'appuyant des expériences de Lorry et Flourens, posaient la condition pathologique de l'éclampsie dans une irritation de la base du cerveau et de la moëlle allongée.

Macari donne une théorie toute nouvelle. Il distingue dans l'éclampsie trois états qui la constituent par leur combinaison : 1° l'hémopathie ; 2° l'angéïopathie, et 3° la névropathie. Le premier précède le développement de la maladie à laquelle il prédispose en une certaine manière ; le deuxième est un effet du stimulus exagéré du premier ; le troisième, enfin, procédant de l'irritation des nerfs utérins et sacrés, donne la dernière impulsion au complet développement de l'affection. En d'autres termes, pour Macari, l'éclampsie des parturientes est une pléthore avec surexcitation cardio-vasculaire et irritation plus ou moins considérable du système nerveux. Nous n'aurons pas à nous occuper plus amplement de cette théorie, car, dans ces derniers temps, Macari y a renoncé pour adopter les opinions de Scanzoni.

M. Pigeolet est d'avis que le mouvement réflexe de l'influx nerveux ganglionnaire, sur le système cérébro-spinal, constitue toute l'éclampsie. Celle-ci est donc pour lui une névrose.

Pour M. Crocq, l'irritation de l'utérus est le point de départ de l'accès ; elle se transmet aux centres nerveux qui, consécutivement irrités, produisent les convulsions, par une action réflexe. Ce qui le prouve, c'est la cessation des accès après l'accouchement. Quand l'accès est passé, tout rentre à peu près dans l'état normal ; mais quand les congestions se sont répétées fréquemment, le cerveau reste engorgé ; il s'y fait même des exsudations ; et l'intelligence ne revient pas dans l'intervalle des accès, par suite de la compression exercée sur l'organe encéphalique, par le sang, d'une part, et la sérosité, d'autre part.

Quelle est maintenant de toutes ces opinions celle qui résiste le mieux à la critique, et qui répond le mieux aux observations cliniques ?

On ne peut admettre que l'éclampsie soit une congestion des centres nerveux, car celle-ci a pour caractère symptomatique, non pas le spasme, mais la torpeur, le coma. Tous ceux qui ont voulu géné-

raliser une lésion anatomique, trouvée dans un cas d'éclampsie, ont reçu des démentis de leurs autopsies subséquentes. Ceux qui expliquaient les convulsions par la grande quantité de fibrine dans le sang, ne réfléchissaient pas que dans la pleurésie, dans le rhumatisme articulaire et des phlegmasies analogues, le sang renfermait bien plus de fibrine que dans l'éclampsie, sans qu'il se produisit de convulsions. Celles-ci ayant été vues sans albuminurie, il faut rejeter la théorie de Cazeaux. L'éclampsie n'est pas plus l'urémie de Wilson qu'elle n'est celle de Frerichs ou de Schottin ; il suffit de voir les analyses de M. Laneau pour s'en convaincre. Quand on parle d'hydrocéphalie, on oublie que souvent l'éclampsie fut observée chez des malades qui n'étaient ni infiltrées, ni albuminuriques.

Pour nous, l'éclampsie sera tantôt l'expression d'une lésion matérielle, appréciable, des centres nerveux ou des nerfs ; tantôt elle sera constituée par une simple lésion de l'innervation.

Et, en effet, les convulsions ont leur cause ou dans les nerfs, ou dans la moëlle épinière, ou dans le cerveau. Elles dépendent d'une altération de structure, de circulation, ou d'une compression, ou d'une lésion de ces organes ; altérations toutes saisissables et appréciables ; mais, elles peuvent dépendre aussi de quelque altération du principe actif des nerfs, altération inappréciable pour les anatomo-pathologistes, et qui possède cependant une existence aussi réelle que le principe nerveux lui-même, dont les physiologistes sont forcés d'admettre l'existence sans pouvoir la démontrer expérimentalement.

Qu'on nous permette ici de revenir sur les idées d'un auteur que nous avons déjà cité, et de les reproduire en détail.

Cet auteur est Trousseau, qui, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, avance que l'éclampsie et l'épilepsie sont deux névroses identiques dans leur expression phénoménale et dans leur cause prochaine. « J'ai déjà établi, dit-il, que l'attaque éclamptique ne différait en rien de l'attaque épileptique, et jamais un médecin ne distinguera la convulsion d'une femme enceinte, épileptique depuis longtemps, de la convulsion d'une femme qui est prise d'éclampsie au début du travail. Voilà pour l'expression phénoménale. Quant à la cause pro-

chaine, je la crois encore identique dans les deux cas. Lorsque l'épilepsie se manifeste par accès mensuels chez un individu qui a un tubercule cérébral, il n'y a pas, du côté du cerveau et de la moëlle épinière, en dehors du tubercule, d'autres lésions appréciables que celles qui existent dans le mal caduc réputé essentiel.

« Si l'autopsie est faite et si nous trouvons un tubercule, un cancer ou une tumeur osseuse, le reste de l'encéphale pourra ne présenter rien autre chose que l'état de turgescence vasculaire que l'on trouve dans le cadavre d'un véritable épileptique, mort en *état de mal*, pour me servir de l'expression généralement adoptée.

« Que devons-nous en conclure? C'est que si la tumeur cérébrale est la cause des phénomènes convulsifs, elle n'en est pas la cause immédiate; cette cause prochaine échappe et nous échappera probablement toujours.

« L'éclampsie survenue chez un enfant qui fait des dents ou qui a des vers, l'éclampsie éclatant chez un enfant atteint d'anasarque scarlatine, ne diffère en rien, quant à la forme convulsive de l'attaque épileptique; ce qui n'empêche pas que ces maladies *ne soient profondément différentes par leur nature.*

« Ce que je veux dire, c'est que la modalité moléculaire de l'encéphale et de la moëlle est peut-être la même dans les deux cas. Permettez-moi de développer ma pensée.

« Quand nous voyons un individu rester pendant vingt ans avec des attaques presque périodiques, sans avoir d'ailleurs des phénomènes d'aliénation mentale ou de paralysie générale, nous disons qu'il y a une épilepsie essentielle.

« Si, entre les attaques, il y a de l'hémiplégie, des douleurs de tête violentes ou des douleurs exclusivement nocturnes, nous supposons qu'il y a une *épilepsie symptomatique* d'une tumeur cérébrale ou d'une vérole à accidents tertiaires.

« S'il s'agit d'une femme enceinte et albuminurique, ou d'un individu ayant une anasarque scarlatineuse, ou d'un homme empoisonné par le plomb, nous disons qu'il y a *éclampsie*.

« S'il s'agit d'un enfant au début d'une pyréxie exanthémateuse, de la variole, par exemple, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

BOSTON MEDICAL
NOV 10 1917
LIBRARY

« Mais si cet enfant prend des convulsions à la fin d'une *encéphalo-méningite*, de ce que l'on appelle une *fièvre cérébrale*, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

« Si la convulsion épileptiforme a lieu chez un individu dont nous venons d'ouvrir la veine, chez un animal que nous faisons mourir d'hémorrhagie, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

« Si, comme dans l'expérience curieuse de M. Brown-Sequard, nous coupons un des faisceaux de la moëlle d'un animal, celui-ci prend une attaque convulsive éclamptiforme, sous l'influence de certaines excitations extérieures, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

« Qu'est-ce donc l'éclampsie relativement à l'épilepsie?

« Qu'est l'épilepsie relativement à l'éclampsie?

« En ne tenant compte que de la *forme convulsive, l'épilepsie symptomatique* ou *essentielle*, pour me servir des mauvaises divisions de l'école, n'est que de *l'éclampsie à retours*, et l'éclampsie n'est que l'épilepsie accidentelle et transitoire.

« On a prétendu que l'éclampsie différait de l'épilepsie par la continuité et la persistance quelquefois fort longues des convulsions; mais on voit des éclampsies à attaque unique, et de véritables épilepsies à attaques continues, bien qu'il y ait quelque chose de vrai dans cette distinction dont je viens de parler.

« Or, pour un organicien, et j'avoue que je le suis dans ce sens que je ne comprends pas une lésion fonctionnelle sans une modalité de l'organe qui préside à la fonction, toute épilepsie, toute éclampsie est nécessairement *symptomatique*, tantôt d'une tumeur, tantôt d'un empoisonnement, tantôt d'un état particulier du sang, tantôt d'un état organique absolument inappréciable, comme cela a lieu dans l'épilepsie proprement dite, dans l'éclampsie dite *vermineuse*, dans celle qui succède à une saignée ou à une grande hémorrhagie.

« Or, messieurs, nous acceptons dans le langage médical, que je ne défends pas ici, mais dont je me sers faute de mieux, et pour être mieux compris, nous acceptons, dis-je, la désignation d'*éclampsie* pour les convulsions de la fièvre cérébrale de l'enfant; et nous la refuserions aux convulsions de l'encéphalo-méningite chronique qui

cause, suivant Royer-Colard, Calmeil et beaucoup d'autres, la paralysie générale des aliénés.

« Nous acceptons la désignation d'*épilepsie symptomatique,* pour les convulsions vermineuses, pour celles qui s'observent chez les individus atteints de tubercules ou de cancers cérébraux, et nous refuserions cette appellation aux mêmes formes convulsives signalant le début d'une méningite tuberculeuse !

« Soyons donc conséquents, acceptons que toutes les convulsions épileptiformes sont, bien que tenant à des causes éloignées très-diverses, sont, dis-je, suivant toute apparence, l'expression de la même modalité intime.

« Si nous nous plaçons à ce point de vue, nous comprendrons mieux les relations de l'éclampsie et de l'épilepsie, avec ce qu'on est convenu d'appeler *la congestion cérébrale apoplectiforme.*

« Ainsi que je vous l'ai déjà dit, au moment de la période tonique de la convulsion épileptiforme, la glotte se ferme et il se fait un effort suprême, pendant lequel le visage, les vaisseaux du cou et nécessairement les vaisseaux de l'encéphale, deviennent turgescents. On peut donc considérer ici la congestion cérébrale comme passive et secondaire.

« Mais, messieurs, la profonde hébétude qui succède à une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie, n'est-elle que l'effet de cette congestion passive? J'avoue que je ne le crois pas, car la perte de connaissance subite qui signale le début de l'épilepsie, perte de connaissance accompagnée dès l'abord d'une pâleur mortelle, comme l'a fait si bien observer Calmeil dans son excellente thèse *sur l'épilepsie,* est le signe d'une modification si profonde dans les fonctions du cerveau, et probablement dans sa texture intime, que la stupeur consécutive à l'attaque, est plus probablement la suite de cette modification que celle de la congestion passive secondaire.

« Remarquez, en effet, que l'on ne peut admettre, comme le veulent un grand nombre de médecins, que l'attaque éclamptique soit le résultat d'une congestion primitive, lorsque, d'une part, on voit l'intensité de l'attaque d'épilepsie n'être nullement proportionnée à l'état pléthorique préalable, et que, d'autre part, pendant

une hémorrhagie terrible, on voit survenir des accidents épileptiques tout aussi violents que ceux qui s'observent dans des conditions diamétralement opposées. J'ajoute que, ainsi que vous pouvez le lire dans le *Journal de physiologie* de M. Brown-Sequard, au début de l'attaque épileptique, les parties centrales et le bulbe rachidien d'un animal en expérience, au lieu de présenter des signes de congestion, semblent au contraire devenir plus pâles.

« D'où résulte que ce que nous appelons tous la *congestion cérébrale apoplectiforme*, que les phénomènes apoplectiques qui succèdent à l'épilepsie ou à l'éclampsie, pourraient bien n'être rien autre chose qu'un état analogue à la *stupeur apoplectique* qui succède immédiatement à une grande commotion du cerveau, *stupeur apoplectique* certainement étrangère à la congestion.

« On trouve tout simple que la stase du sang dans le cerveau cause ces phénomènes si graves : or, voyons ce qui se passe chez la femme enceinte et en mal d'enfant. Au moment où la tête va franchir le détroit inférieur et les parties extérieures de la génération, la femme s'épuise souvent en efforts épouvantables ; vous la voyez, la face violette, les lèvres et les paupières gonflées, la peau chaude et couverte de sueur, et vous ne doutez pas que les sinus de la dure-mère, la pie-mère, la substance cérébrale toute entière, ne participent à cette turgescence.

« Est-ce dans ces circonstances que les femmes sont frappées d'éclampsie? Demandez-le aux accoucheurs. Ils vous répondront que l'éclampsie qui les surprend et les épouvante se manifeste chez les femmes avant tout travail quelquefois, le plus souvent quand à peine l'utérus a éprouvé ces légères contractions qui n'éveillent pas même l'attention de la malade.

« Il y avait, il est vrai, des urines albumineuses ; mais qu'ont à faire les urines albumineuses avec les convulsions, quand on cherche une explication raisonnable?

« Il semble que la convulsion vienne, dans ce cas, sous l'influence d'une cause sympathique aussi légère que la sensation à peine perçue de la présence des vers intestinaux.

« Les enfants, au milieu d'accès répétés de coqueluche, arrive-

ront à un tel état de congestion, que le sang jaillira de leur nez, que le visage restera constamment bouffi, que, dans quelques cas, il se formera des ecchymoses sous les paupières. Vous ne doutez pas que leur cerveau ne participe à cette congestion. Après l'accès, ils resteront un instant comme hébétés; mais comparerez-vous cela au coup de tonnerre d'une attaque éclamptique et aux phénomènes apoplectiques qui la suivent?

« On ne voit pas que les bateleurs, qui marchent la tête en bas, aient quelque chose qui ressemble à la stupeur apoplectique ; on ne voit pas que les forts de la halle, qui toute la journée portent d'énormes fardeaux, et qui, sans cesse sous la puissance de l'effort, ont la face presque violette et les vaisseaux du cou tendus comme des cordes noueuses, aient l'esprit bien troublé et leurs forces musculaires bien anéanties dans le moment même où ils déploient le plus de force.

« Comprenons donc enfin que le sang, tant qu'il n'est pas altéré dans sa composition intime et qu'il ne s'est pas extravasé, n'est pas si ennemi de nos tissus qu'on se plaît à le dire, et qu'il faut autre chose que de la congestion pour produire ces phénomènes apoplectiques qui succèdent à l'éclampsie ou à l'épilepsie; tandis que je comprends mieux les désordres qui accompagnent cet état moléculaire spécial que l'on appelle la *fluxion* ou l'*inflammation*.

« Il y a donc, et j'insiste beaucoup sur ce point, deux choses très-distinctes dans l'attaque *d'éclampsie,* d'épilepsie dite *essentielle*, *d'épilepsie symptomatique :*

« 1° La *modalité encéphalo-rachidienne,* inconnue dans son essence, dans sa nature, qui anéantit en une seconde toutes les manifestations de la vie animale, et celle-là est de beaucoup la plus importante.

« 2° La *congestion cérébrale secondaire,* qui, bien moins importante, peut être portée, dans quelques cas extrêmement rares, jusqu'à l'ecchymose sous-cutanée, jusqu'à l'hémorrhagie cérébrale capillaire, et jusqu'à l'hémorrhagie méningée. »

Qu'on rapproche des pages que nous venons de reproduire, les quelques lignes suivantes de Mauriceau :

« Ces sortes de convulsions arrivent toujours pour l'ordinaire aux

femmes en travail par quelques-unes de ces trois causes, ou par la trop grande abondance du sang, extrêmement échauffé par l'agitation du travail, ou à raison de la grande quantité qui s'en est évacuée par une perte de sang; ou bien, comme il arrive souvent dans les premiers accouchements, à cause de la grande douleur que la matrice, qui est toute nerveuse, ressent, qui est excitée par l'extrême dilatation qu'en fait l'enfant, laquelle douleur se communiquant au cerveau avec le sang échauffé qui s'y porte aussi en abondance, cause par sa *compassion* ces convulsions. »

Chez Mauriceau et chez Trousseau, dans le passé et dans le présent, on reconnaît un même esprit. Ce sont toujours des hypothèses plus ou moins développées, plus ou moins ingénieuses. De 1740 à 1863, la science ne marche que laborieusement vers la solution de cette question difficile de la nature de l'éclampsie. Elle ne s'y dirigera d'un pas assuré, que lorsqu'elle prendra pour guide la seule anatomie pathologique. Celle-ci nous laisse encore dans le doute, mais nous continuerons à l'interroger, et en attendant qu'elle nous réponde, nous répéterons avec Macari, cette sage maxime : « *Melius est ignorantiam fateri, quam fictis hypothesibus quantumlibet etiam ingeniosis, ludere.* »

CHAPITRE IV.

SYMPTOMATOLOGIE.

Ce chapitre comprend l'étude des symptômes précurseurs de l'attaque d'éclampsie, des symptômes des accès eux-mêmes et de ceux qui se montrent dans leurs intervalles. Cette division, établie par madame Lachapelle, est généralement adoptée aujourd'hui.

Les convulsions peuvent éclater brusquement sans symptômes précurseurs, et c'est ce qu'on observe dans la moitié des cas au moins. Lorsque les symptômes précurseurs existent, ils ont la plus grande analogie avec ceux de la congestion cérébrale. Ainsi, on observe des tremblements de tout le système musculaire ; des frissons ; des douleurs constrictives à la région de l'estomac (crampes d'estomac) ; un afflux de sang au cerveau ; la rougeur de la face ; le battement des artères carotides ; une céphalalgie intense ; une certaine difficulté d'élocution, du brédouillement ; quelquefois de la *surdité*, l'*obscurcissement de la vue*, *des éblouissements et même une cécité complète.*

Après ces symptômes, ou sans qu'ils aient existé, vient l'accès. La malade tombe dans un état d'insensibilité plus ou moins complet et éprouve en même temps une violente commotion des muscles volontaires. Après un moment d'immobilité générale, les muscles de la face sont agités de petits mouvements fibrillaires visibles à travers la peau ; puis la face grimace ; les narines sont dilatées ; l'une des

commissures labiales est tiraillée du côté vers lequel se penche la tête ; la pupille est dilatée ; l'œil fixe d'abord, roule ensuite dans l'orbite, puis se fixe de nouveau d'un côté, où il reste immobile ; la bouche entr'ouverte un moment, laisse passer la langue, qui se trouve mordue et mutilée par suite des spasmes des masséters, et rejette en même temps une écume sanguinolente. La respiration est quelquefois affectée, et la malade respire avec une sorte de bruit de sifflement intense, qu'on entend de loin. Les bras, en pronation forcée, étendus sur les côtés, sont agités de petites secousses convulsives dues principalement aux spasmes des muscles extenseurs ; les poings sont ordinairement fermés ; le pouce fléchi dans la face palmaire. Les membres inférieurs éprouvent de petites secousses comme les membres supérieurs ; le tronc est étendu ; la femme reste couchée sur le dos, et subit en quelque sorte des convulsions sur place.

Quand ces attaques ont continué pendant une période de temps plus ou moins longue, suivant les divers cas, la malade revient à elle plus ou moins complétement. Elle s'éveille comme d'un sommeil léger, si l'accès n'a pas été intense ; quand on lui demande comment elle va, elle répond quelquefois : « Bien » et n'a pas conscience de ce qui lui est arrivé.

Mais le retour à la santé n'est pas toujours complet. Quelquefois, après l'accès, la malade gît dans un état apoplectiforme, reste plongée dans un coma, d'où elle n'est tirée que par l'apparition de nouveaux mouvements convulsifs. Dans certains cas, à l'état comateux succède la somnolence, puis les facultés sensorielles renaissent peu à peu ; et la malade se rétablit complétement, ou en conservant certaines infirmités dont nous parlerons à propos des terminaisons de l'éclampsie. Le plus souvent, après le coma vient la mort.

Variétés ; marche. — Au point de vue pratique, il est utile de diviser les cas de convulsions puerpérales en trois espèces ou variétés, suivant qu'ils surviennent pendant le cours de la gestation, pendant le travail, ou après l'accouchement.

Lorsque, pendant la grossesse, une femme est atteinte, non-seule-

ment de l'œdème des extrémités inférieures qui peut ne résulter que de la compression des vaisseaux pelviens par l'utérus distendu, mais qu'elle présente de la bouffissure de la face, un œdème plus ou moins prononcé des extrémités supérieures, un léger degré d'ascite, on doit se tenir en garde et craindre le développement de l'éclampsie. Parmi les observations que nous avons recueillies, il en est une où les symptômes que nous venons d'indiquer suffirent pour faire présager les convulsions puerpérales, qui éclatèrent en effet quelque temps après.

On rencontre quelquefois des malades disposées aux congestions cérébrales; chez elles, les convulsions surviennent au milieu de la grossesse, ou dans les premiers mois, mais plus souvent à la fin. Quand elles se montrent dans le cours de la gestation, il peut n'y avoir qu'un accès ou plusieurs; les intervalles peuvent être irréguliers ou tant soit peu longs; de quelques heures et même de plusieurs jours. Au début de l'attaque, l'examen de la malade ne fournit parfois aucun signe de travail. Le fœtus est inaccessible; l'utérus est fermé, et il n'y a pas de douleurs utérines. Tôt ou tard, cependant, si les accès continuent, l'accouchement commence de lui-même, sans l'intervention de l'accoucheur; le col utérin se dilate; les membranes bombent; la poche se rompt, et le fœtus est subitement expulsé. Cela peut arriver quand la malade est encore capable de rendre compte de ses sensations, et aussi dans des cas où elle ne sort des convulsions que pour tomber dans le coma, et où, par conséquent, elle ne peut nous avertir de rien.

D'où il résulte que l'accouchement s'est parfois effectué pendant les convulsions, à l'insu des assistants, et que l'enfant est mort étouffé sous les draps. Il faut donc toujours veiller la malade de près, afin de lui donner les secours de l'art obstétrical à la première apparence de travail.

Celui-ci, malheureusement, ne se déclare pas toujours avant que la mort n'arrive. De là certaines indications thérapeutiques que nous exposerons plus loin.

Dans les travaux laborieux, et même dans l'accouchement naturel, les convulsions sont encore plus fréquentes qu'avant le travail.

Dans ces cas, les convulsions atteignent quelquefois leur paroxysme à chaque douleur, et à mesure que les douleurs augmentent, les convulsions se multiplient. Alors, il y a souvent contraction énergique des muscles abdominaux ; le col se dilate facilement ; le travail marche avec régularité ; et la nature ou l'art, en terminant promptement l'accouchement, mettent un terme aux accidents.

Enfin, les convulsions paraissent plus rarement après l'accouchement que pendant le travail. Après l'accouchement, l'époque à laquelle elles arrivent est très-variable. Elles peuvent se manifester après quelques heures, ou ne survenir qu'au bout de dix à douze jours. D'après Prestat, Lumpe, Baudelocque et d'autres, on a même vu l'éclampsie survenir au quarante-neuvième jour des couches ; mais, dans ces cas, il est permis d'émettre quelques doutes sur la certitude du diagnostic.

Diagnostic différentiel. — Aux diverses époques de la grossesse et de l'accouchement, mais surtout dans les premiers mois de la gestation, il se produit quelquefois des convulsions dont le principal caractère est de s'offrir sous un aspect beaucoup moins formidable que les vraies convulsions puerpérales, et qui ne sont que des manifestations de l'*hystérie*. On les reconnaîtra d'abord par la nature particulière des convulsions ; la malade se livre à des mouvements étendus ; elle a une grande tendance au déplacement ; elle pousse des cris bruyants ; n'a pas d'écume à la bouche ; a le pouce en dehors des autres doigts fléchis. Ces signes, comparés à ceux de l'éclampsie, suffisent pour différencier les deux affections.

Diagnostic différentiel avec l'épilepsie. — Cette partie de la question qui nous occupe a été traitée longuement, et avec talent, par M. Trousseau, dans sa clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. On comprend qu'il nous serait impossible de mieux faire que l'illustre praticien français ; aussi lui céderons-nous la parole. Le lecteur y gagnera tout ce que nous perdrions à tenter une lutte au-dessus de nos forces :

« Dans la question du diagnostic différentiel entre l'épilepsie et

les autres affections convulsives, dit M. Trousseau, *l'éclampsie* occupe la première place, en raison même de l'extrême difficulté que ce diagnostic présente. Bien souvent, en effet, j'ai déjà signalé ce fait, l'éclampsie et l'épilepsie sont confondues l'une avec l'autre ; et, cette confusion, vous ai-je dit aussi, est presque inévitable, car, à ne tenir compte que des accidents convulsifs qui les caractérisent, rien ne distingue ces deux affections.

« Considérez une femme atteinte d'éclampsie au huitième, au neuvième mois de la grossesse ou au moment de l'accouchement ; observez un enfant pris de convulsions, soit au début d'une fièvre éruptive, soit au moment de la dentition, et quelque prévenus que vous soyez, quelque attention que vous y apportiez, vous ne sauriez saisir aucune différence entre ces attaques et la forme convulsive du mal caduc.

« Rappelez-vous ce qu'est l'éclampsie chez la femme enceinte, par exemple. Tout à coup, les convulsions surviennent, quelquefois précédées d'un grand cri poussé par la malade ; ses membres se tordent principalement d'un côté, la tête renversée sur l'épaule, la face dirigée du côté opposé ; la langue, sortie de la bouche, sera blessée, coupée, déchirée par les dents ; une écume ensanglantée souillera les lèvres et les joues, absolument comme nous le voyons chez l'individu tombé du haut mal. Cette attaque convulsive durera une, deux minutes, et une stupeur apoplectiforme lui succédera. Tout ressemble ici à l'épilepsie ; mais ce qui tout de suite nous permettra de reconnaître l'éclampsie, c'est, d'une part, le retour ordinaire des attaques qui se succèdent assez rapidement ; ce sont, d'autre part, et surtout les circonstances dans lesquelles elle est survenue ; ce sont certains phénomènes qui l'ont précédée et qui l'accompagnent.

« Tandis que l'épilepsie est une maladie qui, lorsqu'elle affecte la forme convulsive très-prononcée, se reproduit à des intervalles assez éloignés, — je laisse de côté, bien entendu, *l'état de mal;* — tandis que les grandes attaques ne reviennent généralement qu'à un an, six mois, trois mois, deux mois, huit jours de distance, l'éclampsie a une marche plus continue, ses accès sont très-rapprochés, et restent imminents tant que la cause de laquelle ils dépendent persiste et est en pleine activité.

« Mais aussi, cette cause ayant disparu, les retours de l'affection convulsive ne sont plus à craindre en général, tandis qu'une première atteinte du mal comitial donne toujours lieu d'en redouter d'autres et engage presque fatalement l'avenir.

« Chez la femme en état de grossesse ou en couches, par exemple, les attaques d'éclampsie vont se répéter huit, dix, quinze, vingt fois dans les vingt-quatre heures, et chez elle nous allons retrouver quelque chose d'analogue à ce *status epilepticus*, à cet état de mal, dont je vous ai parlé et auquel, tout à l'heure encore, je faisais allusion. La malade n'est pas encore quitte d'un accès, qu'un autre commence, les accidents convulsifs se reproduisant alors que dure encore la stupeur qui constitue la seconde période de l'attaque.

« Il en est de même des convulsions de l'enfance...

« Cette fréquence dans la répétition, cette continuité dans la succession des attaques d'éclampsie a souvent pour résultat d'entraîner la mort. Celle-ci peut être occasionnée par la commotion des centres nerveux qui accompagne les phénomènes convulsifs ; elle peut arriver aussi par asphyxie, lorsque la convulsion tonique persistant trop longtemps dans les muscles qui servent à la respiration, les fonctions de l'hématose ont été plus ou moins longtemps suspendues.

« Vous comprenez dès lors comment, en ne considérant que la convulsion, la terminaison fatale est bien plus souvent la conséquence immédiate de l'éclampsie que de l'épilepsie. Il est rare, en effet, de voir un épileptique enlevé dans une attaque, en dehors des cas où il succombe accidentellement, comme lorsque, dans sa chute, il s'est fait des blessures graves et mortelles; il n'est que trop fréquent, au contraire, de voir mourir des femmes dans des attaques d'éclampsie, et il est encore plus commun que des enfants soient emportés dans les convulsions.

« Ce que je viens de dire de l'éclampsie des femmes enceintes s'applique à l'éclampsie saturnine, à l'éclampsie albuminurique...

« Mais ce qui permet surtout d'établir ce diagnostic entre l'éclampsie et le mal comitial, ce sont les circonstances dans lesquelles les accidents se sont manifestés, c'est l'existence ou l'absence de

certains phénomènes précurseurs ou concomitants dont il importe essentiellement de tenir compte.

« Dans la presque universalité des cas, l'épilepsie frappe l'individu au milieu de la plus parfaite santé. Rien n'annonce l'attaque; une minute avant qu'elle ait lieu, qu'elle commence par une *aura*, qu'elle survienne sans avoir été précédée de ce symptôme prémonitoire, l'individu qui va l'éprouver était aussi bien portant que huit jours auparavant. Telle est la règle, et les exceptions sont bien plus apparentes que réelles, car elles ont trait seulement aux attaques de l'épilepsie symptomatique, laquelle, à vrai dire, ne devrait pas être séparée de l'éclampsie.

« L'éclampsie, au contraire, ne survient que dans certaines conditions données, plus ou moins facilement appréciables; elle se lie à un état pathologique caractérisé par d'autres symptômes. C'est au début, c'est dans le cours, c'est au déclin d'une maladie aiguë ou chronique, et souvent même il sera permis de prévoir la possibilité de ces attaques.

« Ainsi, l'albuminurie, qu'elle soit idiopathique, que ce soit la maladie de Bright, qu'elle se rattache à une scarlatine antécédente, qu'elle s'observe chez une femme grosse, l'albuminurie dans ces deux derniers cas, encore plus que dans le premier, nous fait redouter la possibilité des accidents éclamptiques. Lorsque ceux-ci sont déclarés, indépendamment des autres symptômes locaux et généraux qui appartiennent à l'albuminurie, la présence seule de l'albumine dans les urines nous dit assez à quelle affection nous avons affaire. Il est bien entendu des cas où ce diagnostic est tout à fait impossible : ce sont ceux dans lesquels les individus pris d'éclampsie, dans les conditions que nous venons de signaler, étaient antérieurement épileptiques. »

Quant au *tétanos* et à la *catalepsie,* il nous semble impossible de les confondre avec l'éclampsie à la période convulsive.

Dans la période de coma, on pourrait quelquefois confondre l'éclampsie avec la *congestion cérébrale* ou l'apoplexie, avec la *commotion cérébrale, l'ivresse, le narcotisme.* Les commémoratifs, les renseignements antécédents permettront presque toujours d'asseoir son

diagnostic, et, dans l'absence de ces moyens, l'examen attentif des symptômes qui se présentent, comparés à ceux de chacune de ces maladies, conduira facilement à la découverte de la vérité.

Terminaisons. — La mort est une issue fréquente des convulsions puerpérales.

La guérison s'observe dans la moitié des cas, à peu près, mais souvent, en guérissant, la femme conserve quelque infirmité.

La mémoire peut être abolie complétement, ou simplement diminuée, mais dans la plupart des cas, elle se rétablit peu à peu. Dans nos observations, on voit une femme qui ne se souvenait pas d'avoir été enceinte, et qui ne voulait pas croire qu'elle eut accouché.

La vue reste quelquefois altérée, ou même il y a cécité complète. L'ouïe peut également ne pas recouvrer son intégrité. Mais très-souvent le temps fait justice de ces altérations.

La méningite et consécutivement la manie puerpérale, peuvent s'observer, succédant à l'éclampsie. La folie, dans ce cas, est souvent incurable (1).

La péritonite succède immédiatement à l'accouchement, dans certains cas, soit qu'elle survienne spontanément, ou qu'elle résulte des manœuvres de l'accoucheur. Nous fournissons plus loin des exemples de ces phlegmasies, qui sont d'autant plus rares que la médication antiphlogistique a moins été négligée. Telle est l'opinion émise par Denman.

Trousseau a vu quelquefois l'éclampsie des femmes en couches suivie plus tard de véritables attaques d'épilepsie.

La maladie de Bright est fréquente chez les femmes qui ont échappé à des convulsions puerpérales.

Nous ne considérons pas comme des terminaisons de l'éclampsie, les affections diverses qui ont pu résulter de l'emploi des moyens curatifs.

Pronostic. — On ne peut se dissimuler que l'éclampsie soit une

(1) Voir Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes;* Paris, 1858.

affection des plus graves, tant pour la mère que pour l'enfant. Quant à nous, sur six cas observés dans les hôpitaux de Bruxelles (nous ne parlons que des malades que nous avons vus), nous comptons une seule guérison. Et encore, cette infortunée que nous vîmes échapper à la mort, passa par les plus graves complications, et ne conserva la vie qu'au prix d'une cruelle infirmité.

Notre statistique nous donnant un cas de guérison sur six, c'est-à-dire 16.66 p. %, voyons si elle s'accorde avec les chiffres obtenus par d'autres.

La mortalité des mères par l'éclampsie est, suivant Murphy, de 24 p. %; selon Blot, de 35 ½ p. %; selon Lever, de 28 p. %; suivant Wieger, de 30 p. %; selon Nœgelé, de 50 p. % environ; selon Braun, de 14 pour 44 ou environ 31 p. %.

Faut-il le dire, nous considérons ces chiffres comme bien inférieurs à ce qu'ils devraient être, et nous ne pouvons que difficilement croire à la réalité d'une aussi grande proportion de guérisons. A plus forte raison, devons-nous exprimer notre étonnement de ce qu'un professeur de Padoue certifie n'avoir à regretter aucune perte sur huit éclamptiques qu'il a traitées dans un temps donné. Nous savons qu'il y a des séries heureuses, comme on dit en médecine, nous savons que le hasard peut fournir à tout praticien une suite de résultats inespérés, miraculeux; mais, nous ne pouvons attribuer certains chiffres cités plus haut qu'à des erreurs de diagnostic, souvent involontaires, sans doute; du moins, nous l'espérons ainsi. Car nous savons trop bien où conduit en médecine l'amour des belles statistiques, et plus encore le désir de faire prévaloir certaines théories, certains systèmes, certaines opinions sur la nature et le traitement de telle ou telle maladie. Et quelle maladie, plus que l'éclampsie, s'est prêtée jusqu'aujourd'hui au développement des théories et des hypothèses plus ou moins ingénieuses? Il en est peu, où les faits se sont plus métamorphosés au gré de ceux qui s'en occupèrent, et qui, malheureusement, les envisagèrent presque toujours à un point de vue exclusif.

Pour nous, nous sommes entièrement désintéressés dans la ques-

tion. Nous rapportons ce que nous avons vu ; nous analysons ce que nous avons lu ; et, libres de toute opinion préconçue, nous nous croyons en droit de mettre en doute l'innocuité relative attribuée par tant d'écrivains à l'éclampsie.

Bien loin que nous admettions une grande majorité de guérisons, nous ne craignons pas d'affirmer que, sur cent cas donnés, le contraire est vrai ; que les guérisons doivent être en minorité et en grande minorité ; et que loin d'espérer dans un cas d'éclampsie, comme on serait tenté de le faire d'après ces statistiques optimistes, il faut trembler et ne jamais hésiter à attribuer les plus funestes conséquences aux atteintes de cette fatale maladie.

Si terrible aux mères, elle n'épargne pas plus le fœtus. En effet, selon Blot, la mortalité des enfants est de 67 p. %, et de 45 p. % suivant Wieger. Encore beaucoup d'enfants, nés vivants, meurent-ils peu de temps après leur naissance, sans qu'on découvre à l'autopsie de lésions appréciables.

Fréquence. — Les convulsions puerpérales sont très-rares ; cela ressortira suffisamment des statistiques que nous allons reproduire. Mais, par quelques-unes de ces statistiques, on pourra constater un fait qui ne doit pas passer inaperçu : c'est que plusieurs observateurs, et Cazeaux entre autres, ont remarqué qu'après avoir pratiqué de nombreux accouchements sans presque rencontrer de cas d'éclampsie, ils ont pu tout à coup, dans un court espace de temps, observer cette affection sur un nombre de malades relativement considérable. Ainsi, Cazeaux que nous venons de citer, a traité sept éclamptiques pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre 1846, durant lesquels il était chargé du service de la clinique, tandis que pendant son internat à l'Hôtel-Dieu, et son clinicat à la Faculté, il n'en avait vu que trois, sur une somme totale de 2,000 accouchements.

Nous avons compulsé des cahiers d'observation de l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles. Nous n'y trouvons pas relaté un seul cas d'éclampsie, depuis le 3 juillet 1853 jusqu'au 10 janvier 1857, non plus que du mois de janvier 1840 au 30 juin 1841. Du 28 jan-

vier 1857 au 31 janvier 1860, on trouve un cas de convulsions puerpérales, mais on en observe quatre du 10 février 1860 au mois de janvier 1862.

Peut-on conclure de là à l'influence de certaines années et de certaines saisons, des constitutions médicales, sur la production de l'éclampsie? Certains auteurs pensent que cela est permis. Les Anglais surtout paraissent de cet avis, et signalent dans les causes de cette maladie, l'influence atmosphérique. Quoi qu'il en soit, nos recherches viennent confirmer les observations de Cazeaux.

Pour établir la fréquence des convulsions puerpérales, il faut consulter les statistiques fournies par les accoucheurs qui se sont occupés spécialement de la question, et ont pu réunir un très-grand nombre de cas.

Nous avons déjà dit que Cazeaux sur 2,000 accouchements signale 3 cas;

Velpeau	sur	1,000	accouchements en a vu	1 cas;
Blaud	—	1,897	—	2 cas;
Jos. Clarke	—	10,387	—	19 cas;
Merriman	—	2,947	—	5 cas;
Grandville	—	640	—	1 cas;
Cusack	—	398	—	6 cas;
Maunsel	—	846	—	4 cas;
Collins	—	16,654	—	30 cas;
Beatty	—	399	—	1 cas;
Ashwell	—	1,266	—	3 cas;
Mantel	—	2,510	—	6 cas;
Churchill	—	600	—	2 cas.

M. le docteur Hyernaux a fait un relevé de 7,813 accouchements pratiqués à la Maternité de Bruxelles, parmi lesquels il a compté 32 cas d'éclampsie.

James Reid, sur 3,250 accouchements signale 8 cas de convulsions puerpérales.

Cederschfœld, de Stockholm, sur 1,438 femmes n'en a vu aucun, de 1832 à 1835.

Le docteur Jungmann, de Prague, en voit 2 cas en 1836, sur 1,180 femmes.

Si nous additionnons ces chiffres, nous trouvons 125 cas de convulsions pour 55,215 accouchées, soit environ 1 sur 442.

Le chiffre donné par Cazeaux était de 1 sur 485. Il n'y a donc pas grande différence, et nous croyons qu'en accumulant les statistiques, on n'arriverait jamais qu'à trouver 1 éclampsie pour 450 à 500 cas de grossesse ; ce qui suffit pour démontrer l'extrême rareté de l'affection.

Les convulsions puerpérales sont plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares.

On a dit qu'elles étaient plus fréquentes lorsque l'enfant était mort que lorsqu'il était vivant. Mais cette assertion n'a pas été confirmée par les faits. En général, il a pu être constaté que la mort de l'enfant était un effet des convulsions. Des femmes éclamptiques ont même pu, très-souvent, accoucher d'enfants vivants, alors que d'autres, dont l'utérus renfermait des fœtus morts et même putréfiés, ne présentèrent jamais aucune tendance à l'éclampsie.

Celle-ci est surtout fréquente pendant le travail; moins après l'accouchement, moins encore pendant la grossesse.

CHAPITRE V.

TRAITEMENT.

Nous allons arriver maintenant au traitement de l'éclampsie ; mais avant de nous en occuper, il est bon de donner quelques préceptes généraux que l'accoucheur ne doit pas oublier lorsqu'il se trouve devant une femme atteinte ou seulement menacée de cette terrible affection. Il y a aussi des précautions hygiéniques à prendre, qui sont inséparables du traitement.

En présence d'une femme enceinte, dès qu'on reconnaît qu'elle est sous l'influence d'une impression morale vive, il faut tâcher de calmer cette souffrance de l'esprit et de soustraire sa cliente à toutes les causes qui pourraient l'augmenter encore. On éloignera tout ce qui est susceptible d'exciter de la frayeur ou de faire naître des inquiétudes. Si les convulsions viennent à se produire, la malade sera couchée dans un lit, sur le dos ; on délacera ses vêtements ; on laissera la poitrine et l'abdomen bien libres pour ne gêner en rien les fonctions des organes ; on maintiendra dans la chambre un air pur ; on employera des moyens convenables pour que la langue ne soit pas mordue, pendant les accès convulsifs. Dans ce dernier but, on plaçait quelquefois un manche de cuiller entre les arcades dentaires ; c'est un moyen de casser les dents. Gardien propose un morceau de liége, mais les dents s'enfoncent dans le liége, ou celui-ci

pourrait, par son déplacement, venir obturer la glotte. Cazeaux se borne à repousser la langue au moment où l'accès commence. M. Pigeolet introduit une spatule en bois ou une règle recouverte de linge entre les arcades dentaires. Nous avons vu employer ce dernier moyen avec beaucoup d'avantages.

Dès qu'il est appelé, pour un cas d'éclampsie, un des premiers soins du médecin sera de vider la vessie et le rectum ; car, nous l'avons déjà dit ailleurs, cette simple opération a quelquefois suffi pour mettre un terme aux convulsions puerpérales. On serait donc coupable de la négliger.

Le traitement proprement dit des convulsions éclamptiques se divise en traitement préventif ou prophylactique et en curatif.

Le traitement préventif s'adresse à l'état du sang chez la femme enceinte, aux modifications que la gestation fait subir au système nerveux, et à certaines conditions particulières de la mère ou du fœtus.

Le traitement curatif comprend des moyens généraux et spéciaux ; les premiers, applicables dans tous les cas ; les seconds, variant avec les circonstances et l'époque où les convulsions apparaissent.

DU TRAITEMENT PRÉVENTIF.

On a rarement l'occasion de mettre celui-ci en usage par l'excellente raison qu'on prévoit rarement l'invasion d'une éclampsie, ou que, lorsqu'on peut l'annoncer, il est trop tard pour songer encore à la prophylaxie. La rapidité avec laquelle la maladie se déclare dans toute son intensité, après l'apparition de fugitifs symptômes précurseurs, ne nous laisse d'autre ressource, en présence de ces derniers, que l'emploi rapide du traitement curatif.

Quoi qu'il en soit, le traitement préventif de l'éclampsie consistera, disent les auteurs, à mettre toute femme enceinte dans les conditions les plus favorables pour éviter l'invasion de la maladie et à la soustraire à l'influence de toutes les causes qui sont considérées comme capables d'en provoquer ou d'en favoriser l'invasion.

Sous ce rapport, notre attention sera d'abord fixée sur l'état du sang chez la femme enceinte. Il peut y avoir excès de fibrine et hydrohémie ; ces deux états sont souvent concomitants dans la seconde moitié de la grossesse ; dès qu'il sera reconnu qu'il existe de ce chef une gêne marquée dans la circulation, la phlébotomie est la première et la principale indication qui se présente. On en a vu d'excellents effets à l'hôpital Saint-Jean, dans le service de M. le docteur Pigeolet. Une femme, cuisinière de profession, âgée de quarante-quatre ans, primipare, fut amenée à cet hôpital à la suite d'un premier accès d'éclampsie survenu sous l'influence de l'émotion éprouvée par elle à la découverte de son état de grossesse par ses maîtres; cette femme présentait tous les symptômes d'une pléthore fibrineuse, *sans anasarque, sans albuminurie ;* une large saignée du bras fut pratiquée, et le calme se rétablit ; elle reprit connaissance et tout rentra dans l'ordre ; mais, huit jours plus tard, un nouvel accès nécessita le renouvellement de la saignée. Cette femme fut soumise dès lors à un régime assez sévère, à la diète absolue d'abord, puis à la diète végétale ; rien d'anormal ne se présenta plus pendant les deux mois qui suivirent, et elle accoucha heureusement à terme d'un enfant vivant.

« Une saignée, pratiquée à propos, dit M. Pigeolet, peut donc être considérée comme un des moyens préventifs les plus puissants. »

Pour faire comprendre l'importance de la saignée comme moyen préventif, Dewees rapporte le fait suivant :

« Une dame primipare qui, vers la fin de sa grossesse, éprouvait de fréquentes douleurs de tête, négligea de se faire saigner, et éprouva, dès le début du travail, une attaque d'éclampsie grave, à laquelle toutefois elle survécut. Pendant sa seconde grossesse, elle fut saignée abondamment et accoucha sans accidents. A sa troisième et à sa cinquième grossesse, la saignée ne fut pas pratiquée et elle fut prise de convulsions, tandis qu'aux autres gestations elle eut recours à ce moyen et accoucha très-heureusement. »

Mesnard disait que : « pour prévenir les convulsions pour les couches suivantes, chez les femmes sujettes à cette affection, il faut que la femme se fasse saigner au bras, aussitôt qu'elle se croit grosse,

qu'elle réitère ce remède plusieurs fois pendant sa grossesse, et qu'elle prenne une fois pendant chacun des trois premiers mois une potion composée de 1 gros de rhubarbe, de 3 onces de casse en bâton et de 1 once de manne qu'on fait bouillir dans un verre et demi d'eau, et qu'on coule pour prendre le matin à jeun!! »

Delamotte, qui rapporte ce passage de Mesnard en note, dans son *Traité des accouchements,* suivait la même pratique, et donne plusieurs observations qui témoignent qu'il s'en est bien trouvé.

Chez les personnes lymphatiques ou affaiblies par les vomissements ou des maladies chroniques, l'hydrohémie qui se développe de bonne heure pendant la gestation peut exiger un régime substantiel, des toniques végétaux, des préparations de fer, et Cazeaux insiste particulièrement sur l'emploi de ces moyens dans ces circonstances, et principalement dans les cas d'albuminurie compliquant la grossesse. « Car, dit-il, les recherches récentes de M. Mialhe ont démontré que l'excès d'eau dans le sang est une des causes les plus influentes de l'albuminurie. »

Mais chez les femmes enceintes albuminuriques, il ne faut pas oublier que les convulsions sont souvent liées à des congestions cérébro-spinales dues à des circonstances accidentelles, à la pléthore séreuse, ou simplement à la gêne mécanique que rencontre, pendant la grossesse et le travail, la circulation veineuse ; et comme il faut d'abord prévenir cette congestion, la *saignée,* même en cas d'hydrohémie, reprend le premier rang comme moyen préventif, mais ne doit s'appliquer que lorsque les phénomènes précurseurs de l'éclampsie se manifestent.

On cherchera en même temps à diminuer le volume des parties distendues par l'infiltration, au moyen des dérivatifs sur le canal intestinal et l'appareil urinaire, par des applications de compresses trempées dans de l'eau froide ou dans une décoction aromatique, enfin par des mouchetures pratiquées avec la lancette.

A la saignée, moins abondante, chez les femmes nerveuses, irritables, à fibres sèches, on joindra l'usage de bains tièdes, souvent répétés pendant les derniers mois de la grossesse.

S'il y a maladie de Bright, nous dirons avec Cazeaux que les

diurétiques ne doivent être employés qu'avec une certaine réserve; car si, dans certains cas, ils ont été utiles, ils peuvent, dans d'autres, avoir une influence fâcheuse sur les progrès de la maladie. En général, quand la quantité de l'urine excrétée n'est pas diminuée, il ne faut pas les employer, car en augmentant la sécrétion urinaire, on augmenterait la déperdition d'albumine et par conséquent l'appauvrissement du sang; mais quand la malade urine peu, il est important d'augmenter la sécrétion, afin d'empêcher les principes de l'urine de se mêler au sang, et de diminuer ainsi les chances d'intoxication urémique. Les préparations de scille, de digitale, la reine des prés, le genièvre, seront alors utilement employées par les praticiens qui admettent que l'urémie joue un rôle dans la production des convulsions puerpérales.

Voici du reste, en vue de l'*urémie,* le traitement prophylactique complet, indiqué par le docteur Wieger. Celui-ci donne les règles fondamentales suivantes d'une cure rationnelle :

1° Améliorer la crase sanguine par la bonne nourriture, les toniques, le fer. (Miquel recommande la diète végétale);

2° Exciter la diaphorèse par les bains, etc.;

3° User de légers purgatifs;

4° Maintenir la sécrétion urinaire par des diurétiques doux;

5° Agir directement sur l'obstruction rénale par des soustractions sanguines locales.

Relativement à l'influence des modifications du sang consécutives à l'état incomplet de certaines sécrétions, Frerichs conseille de faire usage d'acide benzoïque, de jus de citron ou d'acide tartrique, dans le but de neutraliser le carbonate d'ammoniaque, qui, d'après lui, se produit dans le sang par la décomposition de l'urée.

La surabondance de la fibrine sera avantageusement combattue par le carbonate de potasse, recommandé par Brunninghaüsen, par *l'oleum tartari per deliquium,* vanté par Michaelis à la dose de 18 à 20 gouttes.

C'est dans de semblables circonstances et lorsque la grossesse était accompagnée d'anasarque, que M. Pigeolet a eu recours avec avantage à l'oxalate de potasse et que Stütz recommande les alcalins.

L'émétique, administré de manière à produire des nausées, sans vomissements, a été préconisé, après la saignée et les purgatifs, par MM. Collins et Johnson. Ceux-ci le donnent de la manière suivante :

Eau de pouliot.	90 grammes.
Émétique.	40 centigrammes.
Teinture d'opium.	30 gouttes.
Sirop simple.	40 grammes.

A prendre une cuillerée à bouche chaque demi-heure.

La quantité d'émétique est augmentée ou diminuée, suivant l'intensité des symptômes et l'imminence de la maladie. Le médicament agit ici comme sédatif de la circulation; il rend le pouls plus rare, augmente la sécrétion urinaire, et contribue grandement à prévenir la congestion encéphalo-rachidienne.

MM. Van Huevel et Hyernaux, en raison de leur opinion particulière sur la nature et la cause prédisposante unique de l'éclampsie, recommandent les ventouses sèches le long du rachis, et même des vésicatoires volants, s'il y a un point douloureux. Ils joignent d'ailleurs à ces moyens, suivant les indications qui se présentent, l'un ou l'autre de ceux indiqués plus haut; préférant cependant aux autres purgatifs, le calomel, peur entretenir une liberté habituelle du ventre.

Les moyens préventifs qui s'adresseront au développement de la puissance du système nerveux ganglionnaire pendant la gestation, et sur lesquels M. Pigeolet insiste particulièrement, consisteront dans les précautions qui ont pour but d'éviter toutes les excitations, soit physiques, soit morales, locales ou générales, dont l'effet est de mettre en mouvement le système nerveux ganglionnaire, à une époque de la gestation surtout où les organes sur lesquels ce système doit manifester sa puissance, n'ont pas acquis le développement nécessaire pour utiliser la surabondance d'influx nerveux qui peut dériver de cette source; ainsi le repos, le calme, la diète, la soustraction à l'influence d'une lumière trop vive doivent être recommandés dans les circonstances où semblable action serait à craindre

et, au besoin, la saignée sera également d'une grande efficacité, aidée de toute la série des calmants antispasmodiques et narcotiques; l'anesthésie légère et prolongée pourra également alors être un puissant auxiliaire aux moyens précédents. (Pigeolet).

C'est encore dans le même but qu'on prescrira avec avantage aux femmes d'une constitution nerveuse, d'une grande excitabilité, les bains généraux tièdes, les bains de poussière. A celles des villes, on recommandera, si la chose est possible, de séjourner à la campagne, évitant le monde, les soirées, les bals et les spectacles; on les éloignera de tout ce qui peut éveiller leur sensibilité, occasionner des émotions, des impressions vives, de quelque nature qu'elles soient. (Hyernaux).

Des moyens plus énergiques seront applicables dans les circonstances d'où résulte une distension démesurée de l'utérus. Dans la grossesse gémellaire, il sera quelquefois nécessaire de provoquer le travail avant le terme de la gestation; comme dans l'hydropisie amniotique, on devra quelquefois recourir à l'évacuation d'une partie du contenu des membranes.

Dès le début du travail, on videra la vessie et le gros intestin, si cela est nécessaire ; et en sollicitant les vomissements, on débarrassera l'estomac des aliments indigestes dont on pourrait redouter l'influence. « Il faudra éviter une température trop élevée dans l'appartement ; éloigner les odeurs fortes; encourager la parturiente en la rassurant sur la marche et sur l'issue du travail ; enlever, autant que faire se peut toute douleur étrangère à la parturition. » (Hyernaux).

Pendant le travail, on s'appliquera à prévenir l'influence de toutes les causes de dystocie qui nécessitent, de la part de l'utérus, des efforts plus énergiques ; telles sont la mauvaise conformation ou l'obstruction du bassin ; l'oblitération partielle ou complète du vagin ou de la vulve; les altérations organiques du col ou du corps de l'utérus; les monstruosités du fœtus; les mauvaises positions. On régularisera par des bains, des opiacés, la belladone, la saignée du bras, les contractions qui prennent le caractère de douleurs irrégulières, tétaniques, prélude fréquent de l'éclampsie.

On calmera la sensibilité du col utérin non dilaté par des applications ou des injections belladonnées, par le chloroforme, administré en inhalation, mais avec beaucoup de circonspection. M. Hyernaux admet que porté jusqu'au narcotisme qui s'obtient en général après une ou deux minutes de son emploi, le chloroforme constitue un excellent moyen pour dissiper les phénomènes précurseurs du paroxysme, tels que l'agitation, les contractures passagères dans les doigts, les soubresauts, les spasmes dans les muscles superficiels du visage, l'hébétude dans l'expression de la face, etc. ; mais il faudrait cependant, si l'accès survenait quand même, se hâter d'en suspendre l'usage, afin de laisser à la malade la faculté de respirer aussi librement que possible.

Enfin, on viendra en aide à la nature, en temps opportun, dans le cas de résistance ou de retard à l'accouchement.

Après la sortie du fœtus, pendant la délivrance, on doit porter son attention sur toutes les circonstances qui peuvent la compliquer et exiger l'introduction de la main.

Après la délivrance, on s'assure que le placenta et les membranes sont expulsés en entier, que la matrice revient sur elle-même et qu'elle ne contient pas de caillots.

A toutes les époques, après avoir vidé la vessie, nettoyé le tube digestif et enlevé la quantité de sang que l'on juge convenable, Blundell recommande de placer dans un bain chaud, les accouchées ou les parturientes chez lesquelles on a lieu de craindre l'apparition d'accès convulsifs. Elles y resteront de dix à vingt minutes, suivant l'effet produit, et seront ensuite replacées dans leur lit, bien enveloppées de couvertures de laine, pour favoriser la transpiration. De tels bains ont souvent produit d'excellents résultats. Agissant comme stimulants vasculaires diffusibles, augmentant la perspiration, ils débarrassent le cerveau et l'empêchent de se congestionner.

Nous venons de passer en revue les principaux moyens, propres à prévenir les convulsions puerpérales. On devra particulièrement veiller à leur application chez les personnes qui ont déjà éprouvé des accidents convulsifs dans des grossesses antérieures. Dans ces

cas, ils sont quelquefois insuffisants; dans la crainte qu'ils échouent, si l'éclampsie est imminente, il y a lieu de songer à prendre une mesure extrême; on est autorisé à pratiquer l'accouchement prématuré, et à une époque moins avancée, l'avortement médical. On fera alors la ponction des membranes par le procédé de Meissner, ou mieux, on provoquera le décollement des membranes, par des injections à travers la sonde de Simpson, modifiée par M. Van Huevel; on choisira de préférence l'un ou l'autre de ces procédés, suivant que les circonstances lui sont plus ou moins favorables.

DU TRAITEMENT CURATIF.

Moyens généraux.

Émissions sanguines. — La plupart des accoucheurs admettent que les émissions sanguines, poussées aussi loin qu'il est permis de le faire sans dépasser les limites de la prudence, constituent le remède capital des convulsions puerpérales, pourvu qu'on ait recours en même temps aux moyens spéciaux dont nous nous occuperons plus loin.

Il est certain que les soustractions sanguines, générales ou locales, sont très-avantageuses dans la plupart des cas, tantôt en combattant les congestions, et prévenant les hémorrhagies, qui sont des conséquences de l'éclampsie; tantôt en calmant, en dominant les troubles nerveux qui paraissent à eux seuls constituer toute la maladie.

Il ne faut pas observer de nombreux cas d'éclampsie pour se convaincre combien sont faciles et dangereuses les congestions sanguines des centres nerveux, après des convulsions répétées, et se persuader qu'elles menacent l'existence plus directement encore que la maladie principale. Notre premier soin doit donc être, le plus souvent, de recourir contre elles à ces moyens que l'expérience a démontré être les plus promptement efficaces.

Dirigée contre les accidents nerveux eux-mêmes, contre le trouble de l'innervation, qui ne se révèle à l'autopsie par aucune lésion appréciable, la saignée a souvent produit d'excellents résultats. Macari

dit avoir plus d'une fois inutilement administré les antispasmodiques et les narcotiques les plus puissants, contre des névroses essentielles, qu'il guérissait ensuite comme par enchantement, au moyen d'une abondante soustraction sanguine.

Ayant reconnus les avantages de la saignée, quels sont les cas où nous y devons recourir? Quelles en sont les indications? Celles-ci résident dans l'état du pouls, dans le tempérament de la femme, dans l'intensité des accès et les désordres hypérémiques qu'ils amènent.

Mais la saignée est contre-indiquée dans les cas de chloro-anémie, de tuberculose pulmonaire, de faiblesse extrême, d'anasarque considérable.

Une fois qu'il y a œdème du cerveau, épanchement de sérosité dans les ventricules, on n'a plus grand chose à attendre des saignées. Elles ne sont guère plus utiles, lorsque l'hémorrhagie cérébrale s'est produite. Or, nous savons avec quelle rapidité surviennent ces accidents. Donc, une fois les saignées indiquées, il faut les pratiquer immédiatement pour en avoir le plein bénéfice. Dans ces cas, en effet, une heure, et même quelques minutes perdues, et le temps d'agir peut être passé; le temps perdu a décidé du sort des malades, est devenu la cause de leur mort!

La nécessité des émissions sanguines étant reconnue, jusqu'où les poussera-t-on? Cela dépendra des individus, de la violence et de la persistance des accidents qu'ils présentent.

Cazeaux dit que chez les individus lymphatiques, il faudra en général se contenter d'une ou deux saignées de 400 à 500 grammes, et si, après cela, les accidents comateux continuent, et qu'on crpie nécessaire d'insister, on devra se borner à appliquer quinze, vingt ou trente sangsues derrière chaque oreille. Chez les femmes pléthoriques, on pourra, après une forte saignée (un demi-kilogramme), en pratiquer, deux ou trois heures après, une seconde de 300 à 400 grammes, peut-être encore une troisième; mais rarement devra-t-on s'en permettra une quatrième, et de préférence, on pourra appliquer des sangsues aux mastoïdes ou des ventouses à la nuque.

Les Anglais sont plus hardis. Blundell a tiré, en deux ou trois heures, 70 onces, plus de 2,100 grammes de sang, à une femme de stature ordinaire, modérément pléthorique ; cette femme, dit-il, guérit et ne souffrit pas ultérieurement de faiblesse. Il conseille cependant de se contenter de petites saignées, lorsqu'elles paraissent suffisantes pour atteindre au but qu'on se propose.

Stanley, dans un cas, enleva 3,600 grammes de sang, en deux heures, à une malade qui fut rétablie; et il donne comme précepte de pousser la saignée jusqu'à ce qu'on ne sente plus de pouls.

Nous pensons qu'il n'existe pas de règle absolue à cet égard. Après une première saignée, nous attendrions les indications nouvelles qui se présenteraient pour en faire une seconde; et pour pratiquer celle-ci, nous tiendrions surtout compte des effets produits par la première émission sanguine.

Si en effet la hardiesse, nous pouvons même dire la témérité de certains phlébotomistes a été quelquefois couronnée de succès, nous ne devons pas, nous, perdre toute prudence. Poussée au delà de certaines limites, la saignée générale peut devenir dangereuse, en déterminant des effets analogues à ceux observés dans les grandes hémorrhagies. Celles-ci peuvent donner lieu à des convulsions; le remède employé mal à propos, ajoute donc un mal à un autre; il devient pire que le mal. C'est dans ces cas, pour remédier à son insuffisance, et prévenir l'influence fâcheuse qu'il pourrait avoir, que Cazeaux recommande les sangsues ou les ventouses scarifiées, appliquées à la nuque ou derrière les oreilles. Il conseille également d'avoir recours à ces derniers moyens, lorsque l'éclampsie succède à une hémorrhagie abondante; ou lorsque, après avoir usé assez largement des saignées, on voit que le coma continue pendant tout l'intervalle des accès, et que l'on a lieu de soupçonner une congestion intense vers l'encéphale. Dans ce cas, il place même des sangsues autour des malléoles.

Quant aux ventouses scarifiées, leur application serait difficile et incommode, alors que des convulsions peuvent survenir à chaque instant; et la plupart du temps, l'intervalle entre les paroxysmes est trop court, pour permettre de terminer paisiblement cette petite

opération. Il nous semble donc qu'il ne faudra y recourir que lorsqu'on se trouvera dans l'impossibilité de se procurer des sangsues assez tôt, et alors que l'émission sanguine locale sera considérée comme très-urgente.

Le lieu où doivent se pratiquer les émissions sanguines locales est assez indiqué par la nature des symptômes et des altérations que l'on veut prévenir ou combattre.

Quant au mode de soustraction du sang, lorsqu'on choisit les émissions générales, il varie suivant les auteurs. Les uns recommandent la phlébotomie, d'autres vantent l'artériotomie. On a saigné au bras, au pied, à la veine jugulaire externe. Ces différences résultent souvent de remarques faites lorsqu'on recourait à l'un ou l'autre de ces procédés, dont on arrivait à reconnaître pratiquement les inconvénients.

Ainsi, Baudelocque considère le lieu où la saignée doit être pratiquée comme n'étant pas indifférent. Il a vu la saignée du pied accroître les accidents, tandis que celle du bras les faisait immédiatement cesser.

Lorsque les convulsions sont occasionnées par la pléthore sanguine, Levret pratiquait la saignée du bras, si la femme était éloignée de son terme d'accoucher, répétée plus ou moins, suivant les forces du sujet, et préférait la saignée du pied à une époque plus rapprochée du terme.

Hippocrate et Galien conseillaient la saignée du pied. Mauriceau la préférait à celle du bras; Evrat lui attribuait des succès inespérés.

Madame Ducoudray vante la saignée du cou.

Blundell considère la saignée de la jugulaire comme particulièrement avantageuse.

Nous pensons, comme Cazeaux que, quel que soit le vaisseau qu'on ouvre, les effets thérapeutiques sont à peu près les mêmes. Au point de vue purement opératoire, il y a d'ailleurs des motifs pour préférer la saignée du bras à toute autre; aussi la majeure partie des accoucheurs lui ont-ils donné la préférence.

L'artériotomie temporale et l'ouverture de la jugulaire, sont la source d'embarras multipliés pour le pansement.

La saignée du pied est souvent difficile, et même impraticable, à cause de l'anasarque, de l'œdème ordinairement très-prononcé des membres inférieurs, à cause aussi des mouvements convulsifs.

La saignée du bras étant plus facile, plus rapide et d'un pansement commode, on peut donc y avoir recours en tous cas, d'autant plus qu'elle remplit parfaitement l'indication, qui est de vider le système vasculaire en général, aussi bien que de décongestionner le cerveau et la moëlle épinière, ou de faire cesser l'irritation dont celle-ci est quelquefois le siége.

L'application de ce moyen, comme nous l'avons déjà dit, doit être effectuée de bonne heure. Pour en recueillir tous les bienfaits, il faut qu'elle vienne avant toute exsudation séro-sanguinolente, avant toute hémorrhagie surtout. Il faut enlever le sang aussi rapidement qu'il est possible, par une large veine et par un large orifice. « Si le sang est tiré timidement, dit Dewees, le système artériel délivré en quelque sorte d'une partie de sa charge, agit avec une nouvelle énergie et augmente le mal existant. »

Enfin, comme l'avantage sera d'autant plus grand qu'on aura tiré, dans un temps plus court, une quantité donnée de sang, il sera quelquefois bon, comme l'a fait Dewees, de saigner aux deux bras à la fois.

Dérivatifs et révulsifs. — En général, à la médication antiphlogistique, on joint l'emploi des moyens dérivatifs et révulsifs. On doute que ceux-ci puissent guérir seuls, mais ce sont d'utiles adjuvants, que tous les auteurs indistinctement recommandent de ne pas oublier.

On peut y recourir, agissant uniquement sur le tube intestinal, sur la peau ou sur la muqueuse ; on peut encore chercher, et avec plus d'avantage, à produire une dérivation sur ces trois ordres d'organes à la fois.

Au tube intestinal, on adresse les vomitifs ou les purgatifs, ceux-ci étant donnés par la bouche ou bien en lavement.

On agit sur la peau au moyen :

1° D'aspersions froides ; 2° de ventouses ; 3° de sinapismes ; 4° de vésicatoires ; 5° de mouchetures.

Quant à la muqueuse, on a recommandé les chatouillements à l'intérieur des narines.

Vomitifs. — Cazeaux les prescrit en général pendant l'accès, comme propres à augmenter les mouvements convulsifs et la congestion cérébrale par les efforts de vomissement qu'ils déterminent. Cependant, si l'on avait lieu de croire que le séjour dans l'estomac d'aliments mal digérés est pour quelque chose dans la production des accidents, on devrait, d'après lui, en solliciter le vomissement, soit mécaniquement par des titillations sur la luette, soit par l'administration d'un émétique. Bien que Mauriceau (aphorisme 232), proscrive formellement ce moyen, Fisscher a guéri, par l'émétique, des éclampsies survenues à la suite d'une indigestion.

Dans un cas analogue, le sulfate de zinc serait un bon remède, violent il est vrai, mais agissant avec une plus grande promptitude que l'émétique. Avec lui, on gagne du temps, et s'il échoue, on constate plus vite l'insuffisance des vomitifs, et l'on peut passer plus tôt à des moyens peut-être plus efficaces.

Purgatifs. — L'entière évacuation du canal alimentaire étant d'une grande importance dans les convulsions puerpérales, il faut toujours comprendre dans leur traitement l'emploi des purgatifs. Nous faisons abstraction des cas exceptionnels, où les vomitifs sont jugés nécessaires.

Quand la déglutition est possible, on pourrait administrer par la bouche les purgatifs salins avec le senné, ou bien le calomel, ou au besoin l'huile de croton.

Cazeaux indique l'huile de ricin, à la dose de 1 à 2 onces, ou mieux, le calomel (10 centigrammes tous les quarts d'heure) jusqu'à effet purgatif.

Dans un cas très-grave, nous avons vu M. Pigeolet donner, d'heure en heure, 50 centigrammes de calomel, et continuer cette médication pendant six à sept heures sans obtenir de résultat.

Il n'est pas rare que le calomel et les autres purgatifs restent ainsi inactifs. On les remplace alors par l'huile de croton, et peut-être

serait-il préférable de commencer toujours par employer ce dernier médicament, qui est d'ailleurs indiqué également lorsque la déglutition est impossible.

Quand la malade ne peut pas boire, Merriman conseille de placer entre les lèvres et les arcades alvéolaires, ou bien dans la bouche, un mélange de poudre de calomel et de sucre à parties égales, et de le renouveler jusqu'à ce qu'on obtienne plusieurs selles.

Mais ce moyen est lent et souvent insuffisant.

Copland administre 10 grains de calomel avec 5 à 10 grains de camphre pulvérisé et quelquefois autant de musc; et peu après, il donne 2 à 3 gouttes d'huile de croton. « Ces médecines, dit-il, peuvent être bien administrées par leur mélange avec du beurre; dont on porte de temps en temps une portion, jusqu'à la base de la langue, sur le bout d'un coupe-papier, ou sur le manche d'une cuiller (1). »

Lorsque la déglutition est impossible, il y a un moyen plus simple que ceux que nous venons de décrire, pour faire purger les malades : c'est de frotter, d'essuyer en quelque sorte sur la langue le bouchon qui fermait la bouteille d'huile de croton.

Si trois ou quatre heures après avoir confié des purgatifs à la muqueuse buccale ou à l'estomac, on n'obtient point de selles, on peut tenter les injections rectales. Et celles-ci agissent d'autant plus efficacement qu'elles viennent joindre leur action, à l'action, si minime qu'elle soit, des purgatifs déjà donnés à l'intérieur.

Dans ces cas, on se trouve bien de demi-lavements, renfermant au moins 2 onces d'huile de ricin ou de miel de mercuriale ou quelques gouttes d'huile de croton ou d'épurge.

Les Anglais donnent souvent toutes les demi-heures ou toutes les heures, un lavement, composé de 3 grammes ou plus, d'extrait de coloquinte, de savon et d'eau. Ce moyen est utile.

Il va de soi que potions et lavements s'administrent dans l'intervalle des accès convulsifs.

L'emploi des purgatifs subit certaines modifications, suivant l'époque à laquelle on est appelé près des malades, et suivant les

(1) *Dictionary of practical medicine*. (Part. II, vol. I, p. 433, col. 1.)

moyens spéciaux auxquels on a recours plus ou moins vite. Ces modifications, que nous ne saurions indiquer ici, dépendent autant de la manière de voir des praticiens, que de la variété des cas qui se présentent. Il n'y a rien de fixe à ce sujet, et l'on voudrait en vain établir des règles invariables.

Aspersions froides. — Les aspersions froides sur la face et la poitrine, ont eu quelquefois pour résultat, selon Cazeaux, de rendre l'inspiration plus facile et plus complète, et d'éloigner beaucoup les accès convulsifs. Il donne comme exemple l'histoire d'une dame dont les convulsions se répétaient à chaque douleur, et chez laquelle Denman les fit cesser jusqu'à la fin du travail, en aspergeant la face, au commencement de chaque contraction, avec un petit plumeau trempé dans l'eau froide.

Ce moyen, employé par Denman, n'est pas exactement reproduit par Cazeaux. Si l'on veut essayer du procédé de l'accoucheur anglais, ce n'est pas un petit, mais tout au moins un grand plumeau qu'il faut prendre. Denman se servit, lui, d'une brosse, comme on en trouve dans toutes les cheminées pour balayer la houille qu'on laisse tomber en chargeant le foyer (*hearth-brush*); et il aspergea avec violence et très-abondamment la tête et le cou de la malade.

Il obtenait ainsi les bénéfices de l'action immédiate et permanente du froid, en même temps qu'il déterminait chez la malade une perturbation favorable.

Chaussier, Cazeaux et Schuster sont d'avis qu'on ne risque jamais rien à faire ces aspersions, qui, dans tous les cas, ne peuvent avoir aucune influence fâcheuse sur la marche de la maladie. Le pire qui puisse arriver, c'est qu'elles restent sans effet; ce qu'on observera sans doute souvent dans l'éclampsie confirmée.

Ventouses. — Nous avons déjà parlé des ventouses scarifiées, et nous avons dit pourquoi nous leur préférions tout autre mode de soustraction sanguine. Mais des ventouses sèches jointes aux saignées générales, pourront être avantageusement employées comme moyen révulsif.

On peut les appliquer à la nuque, ou aux extrémités inférieures, ou le long du rachis.

Les grandes ventouses du docteur Junod, appliquées sur les membres inférieurs, méritent une mention toute particulière. Cazeaux les a employées dans quatre cas qu'il mentionne. Dans les trois premiers, elles ont eu seulement une heureuse influence. Mais dans un cas d'éclampsie survenue cinq heures après la délivrance, les accidents duraient depuis treize heures, et l'état de la malade devenait de plus en plus grave, malgré l'emploi de tous les moyens dont on use ordinairement; dès la première application des ventouses de Junod, faite par Cazeaux, les accès convulsifs cessèrent; à la seconde, le coma devint moins profond; à la troisième, la malade reprit connaissance.

Des résultats qu'il obtint, Cazeaux conclut que ces ventouses seront surtout appliquées avec succès, lorsque, malgré les saignées générales faites largement, les applications de sangsues ou de ventouses scarifiées n'auront pas fait cesser les accidents. Elles ont alors l'immense avantage de s'opposer à la cause qui semble pousser les liquides vers le cerveau, en maintenant dans les membres inférieurs une grande quantité de sang.

Sinapismes. — On les place successivement aux pieds, aux mollets, sur les cuisses. Schuster en met même à l'épigastre. On s'en sert de bonne heure, comme le veut M. Velpeau, pour que leur action se développe pendant qu'on s'occupe de la saignée ou des sangsues.

D'après le docteur Castle, c'est dans l'état comateux qu'ils sont spécialement indiqués.

Vésicatoires. — Au début de l'affection, lors des premiers accès, on peut les employer comme simple moyen révulsif; ils sont mis alors à la nuque ou aux extrémités inférieures, mais n'agissent pas avec la même rapidité que le font des sinapismes ou des ventouses, et surtout les ventouses Junod.

Lorsque le coma a suçcédé aux convulsions, et qu'on a lieu de

croire qu'il dépend de l'œdème du cerveau et de l'épanchement de sérosité dans les ventricules, on rase la tête, et on applique sur tout le cuir chevelu de la malade un grand vésicatoire, pour appeler sur un autre point les liquides épanchés qui compriment la substance cérébrale, et deviennent souvent une cause de mort. Nous devons dire cependant, qu'il est rare que ce moyen énergique réussisse; du moins, dans aucun des cas dont nous fûmes témoins, il n'a empêché l'issue fatale de la maladie.

Burns, Ryan et Clarke comptent parmi les auteurs qui en firent souvent usage et qui le recommandent particulièrement.

Mouchetures. — Quand l'infiltration est très-prononcée, des mouchetures aux extrémités inférieures, et même des incisions d'une certaine étendue, en permettant l'écoulement de la sérosité, préviendront peut-être l'accumulation de celle-ci vers les centres nerveux, et exerceront sur les phénomènes comateux une heureuse influence.

Les *chatouillements* à l'intérieur des narines ont suffi, paraît-il, à Harver pour tirer une femme en travail, d'un coma profond! C'est un moyen à essayer; mais je ne pense pas qu'il puisse être d'un grand secours contre les convulsions puerpérales.

Bains. — Ils ont été préconisés froids par Moreau, tièdes et prolongés par Gondinet.

Quand les convulsions ont continué, ou se sont accrues, malgré la mise en pratique des saignées et de tous les autres moyens rationnels, quand les intervalles des accès sont assez longs et que pendant ce temps, la femme a recouvré la connaissance, il y aura quelquefois avantage à la mettre dans un bain chaud, tiède. C'est ce que fit, entre autres, Capuron.

La patiente peut y rester longtemps, si les convulsions restent suspendues tant qu'elle y est. Denman cite même plusieurs cas où le séjour au bain, prévenant le retour des convulsions, fut prolongé, et où l'accouchement se fit dans le bain même sans aucune conséquence fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant.

Dans le cas où on ne pourrait pas se procurer de bain, Denman conseille d'appliquer d'abord sur l'abdomen des flanelles trempées dans l'eau chaude, et tordues; auxquelles on peut faire succéder l'usage d'un liniment calmant, par exemple, d'un mélange à parties égales d'huile et de teinture d'opium.

Pendant que la malade est au bain, on recommande de maintenir constamment sur sa tête des compresses trempées dans un liquide froid, sinon une vessie remplie de glace (M^me^ Lachapelle; Cazeaux).

Réfrigération de la tête. — Elle est indiquée par les symptômes de congestion cérébrale; battement des carotides; chaleur du cuir chevelu; traits bouffis; face tuméfiée et injectée; conjonctives injectées, etc. De même, quand aux accès de l'éclampsie succède un coma fébrile, ou bien un délire qui annonce le commencement d'une fièvre cérébrale (Cazeaux).

Il y a différents moyens d'obtenir la réfrigération de la tête. Nous avons déjà indiqué, en parlant des aspersions froides, comment Denman s'y prit un jour.

Le mieux est d'appliquer sur la tête aussi exactement que possible, presque en forme de bonnet, une vessie remplie de glace. Nous croyons qu'on peut le faire, sans couper ou raser les cheveux, opération dont les suites, en cas de guérison, seraient fort désagréables aux malades.

La glace est de beaucoup préférable à l'eau, parce qu'elle renferme beaucoup de calorique latent. Pendant qu'elle passe de l'état solide à l'état liquide, l'eau formée demeure à la même température que la glace elle-même, tant que celle-ci n'est pas tout à fait fondue.

Le docteur Rogers recommande de ne remplir la vessie qu'à moitié, pour qu'elle puisse mieux s'adapter à la forme de la tête.

On peut employer un autre moyen : c'est de verser de l'eau froide, à plein seau, sur la tête de la malade, jusqu'à ce que les traits se contractent et que le crâne soit entièrement refroidi. C'est un remède énergique, mais dont la rudesse est proportionnée à la gravité de la maladie. Cooper l'appelle une *douche à domicile*.

Aspersions froides, douches, application de glace sur la tête, voilà donc trois moyens qu'il n'est pas permis de négliger, au dire de la plupart des auteurs, quand il s'agit de prévenir ou de diminuer l'afflux du sang vers le cerveau.

Froid en affusion. — C'est un traitement mixte qui réunit les deux précédents. Il est bien décrit par MM. Trousseau et Pidoux. Il faut commencer, disent-ils, par de l'eau tiède et arriver insensiblement à des degrés de température de plus en plus bas, de manière à descendre à 20, 18 et 16° Réaumur, après avoir passé par des degrés supérieurs, depuis 26°, par exemple. La malade est placée nue dans une baignoire vide, et on verse l'eau sur sa tête et sur ses épaules avec un grand vase, de manière qu'elle soit enveloppée dans une nappe d'eau ; on poursuit cette opération pendant cinq à six minutes. D'autres fois, on place la malade dans un bain à 25°, puis on lui verse sur la tête de l'eau à 22 ou à 20° Réaumur. Après ces diverses opérations, on se hâte d'essuyer la malade, ou plutôt de la recevoir dans un drap et de la porter dans son lit.

Récamier et le docteur Booth recommandent beaucoup les affusions froides. (*Southern medical and surgical journal.*)

Antispasmodiques. — Landsberg est d'avis, aussi bien que Chaussier, que les antispasmodiques sont inutiles et peuvent même devenir nuisibles.

Il est vraisemblable qu'ils n'ont point d'action dans les cas graves, tandis que les cas légers guériront très-bien par les seules forces de la nature.

Nous ne les emploierions donc que dans des formes bégnines, c'est-à-dire très-exceptionnelles de la maladie.

Nous pensons, avec Cazeaux, que ce serait en général perdre un temps précieux que d'y avoir recours. Notons cependant que Copland et Hamilton préconisent le camphre, et que M. Michell donne des observations qui plaident fortement en faveur du musc, à doses de un à deux scrupules.

Narcotiques. — Opium. — Morphine. — Quant à l'à-propos qu'il y aurait de prescrire l'opium dans les convulsions puerpérales, les avis sont très-partagés.

Petit, Hamilton, Merriman et Dewees le considèrent comme des plus nuisibles.

Cazeaux le rejette dans l'immense majorité des cas.

Pastorello, exagérant un peu, rend l'opium responsable des tristes statistiques fournies par la plupart des accoucheurs.

Au contraire, Scanzoni dit que l'opium lui a rendu de grands services, et il le recommande avant tout. Il cherche d'abord à relever l'organisme déprimé par le musc, à hautes doses, et dès qu'il y est parvenu, il en vient à l'administration des opiacés. Il donne 9 à 13 milligrammes d'acétate de morphine à l'intérieur et des lavements avec 20 à 30 gouttes de teinture d'opium, dose à répéter toutes les demi-heures.

Manning, Blaud, Leake et Burns le recommandent, après les émissions sanguines, quand il n'y a pas congestion cérébrale.

Copland se range de leur opinion, et recommande d'unir l'opium au camphre, comme le veut Stoerck, ou aux sous-carbonates alcalins, comme le conseillent Stutz et Brunninghausen, ou même à tous deux.

Ces divergences dans le traitement résultent des opinions différentes sur la nature de la maladie.

Nous pensons que l'opium, en tant que sédatif, est quelquefois indiqué, et qu'on l'emploierait avec avantage, à doses répétées, pour en recueillir au plus vite les bénéfices, chez les femmes anémiques ou chlorotiques, et spécialement chez les malades d'une irritabilité excessive, surtout après la délivrance, époque où les congestions cérébrales ont le moins de tendance à s'établir. L'opium et ses dérivés n'ont pas été employés seulement à l'intérieur. Le docteur Rinck faisait des applications narcotiques sur l'abdomen, et Hufeland à la plante des pieds.

La morphine a été récemment employée avec succès en injections hypodermiques. Par ce moyen, Scanzoni guérit une première éclamptique. Dans un autre cas qui se présenta à Wursbourg, on

fit sous la peau trois injections de méconate acide de morphine (équivalant à 75 centigrammes d'opium.) (*Bulletin général de thérapeutique*, 1860.)

M. Braun rapporte trois cas dans lesquels il a employé avec les meilleurs résultats les injections sous-cutanées de morphine; elles ont été pratiquées à la face antérieure de la cuisse, au nombre de cinq à dix, dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, avec une solution de 2 grains de sel de morphine (*acétate*), sur 1 gros d'eau.

Belladone. — Atropine. — Le docteur Bignami vante l'atropine à la dose de 3 centigrammes en lavement. Schuster recommande la belladone.

Trousseau et Pidoux disent qu'ils ont eu bien souvent à s'en louer. Ils ne comptent guère sur ce moyen au début des convulsions; mais lorsqu'elles se renouvellent plusieurs fois par jour et plusieurs jours de suite, la belladone, administrée à faible dose, amène quelquefois, disent-ils, des résultats inespérés.

Datura stramonium. — Le docteur Salter (1) a, paraît-il, retiré de grands avantages de l'emploi de la teinture de *datura stramonium*, (à la dose de 15 grammes) surtout dans les cas où la maladie affecte la forme épileptique. Il l'associe au seigle ergoté ou à d'autres moyens, suivant les indications.

Nous ne pouvons que répéter de ce médicament, ce que nous avons dit des opiacés.

Aconit. — Ozanam le recommande beaucoup.

Il présente les mêmes inconvénients que tous les stupéfiants. On pourrait l'employer dans le cas de tempérament nerveux, de contre-indication absolue à toute émission sanguine; et si, dans ces mêmes cas, il y avait anasarque, l'aconit combattrait avantageusement cet état par ses propriétés diurétiques et diaphorétiques.

(1) *Boston journal* et *Mém. méd. de la Flandre occidentale*, 1860.

L'*acide prussique* est enfin préconisé par Renier et Krimer; mais nous doutons de son efficacité, car on a presque toujours constaté qu'il était inférieur aux agents auxquels on voulait le substituer.

Digitale. — Hamilton emploie la digitale pourprée, quand l'éclampsie est précédée d'œdème. Ce médicament peut en effet être employé dans certains cas comme un bon diurétique, de même que dans d'autres on se trouvera bien des purgatifs, des anthelmintiques, des stupéfiants ; mais on ne peut l'admettre dans la thérapeutique de l'éclampsie, comme un remède général et souverain.

D'ailleurs, comme diurétique, il rentre plutôt dans la médication préventive des convulsions puerpérales. En effet, dès que celles-ci ont paru, il y a bien autre chose à faire que de favoriser la sécrétion urinaire.

Ammoniaque liquide. — Nous avons vu que pour M. Giordano, l'éclampsie est principalement caractérisée par l'existence de caillots et d'embolies dans le cœur gauche. Partant de cette idée, il conseille l'acétate d'ammoniaque avec la teinture d'*asa fœtida,* l'ammoniaque liquide, à la dose de 2 grammes dans 80 grammes d'eau pure, dont il fait suivre l'ingestion de celle d'une demi-tasse d'infusion tiède de feuilles d'oranger, de tilleul, etc. D'après lui, l'ammoniaque serait promptement absorbé, et irait dissoudre les caillots et les embolies du cœur gauche.

Nous pourrions employer l'ammoniaque liquide comme moyen antispasmodique et diurétique ; mais nous craindrions de perdre un temps précieux, si nous avions recours à ce médicament, en raison des théories de M. Giordano, qui sont du reste contredites par l'anatomie pathologique.

Anesthésiques. — Le chloroforme a ses partisans et ses détracteurs.

Simpson, Channing, Sedywich, Scanzoni, Leudet, Misinger, Beatty, Braun, Liégard en sont enthousiastes. Bouchacourt en fit le panégyrique en 1855. Trousseau et Pidoux constatent que les

inhalations anesthésiques, sans avoir eu des effets constamment favorables, ont paru cependant plus efficaces dans l'éclampsie que dans l'hystérie et l'épilepsie, surtout quand on a eu la précaution d'en faire précéder l'emploi par des émissions sanguines assez larges. Non-seulement on a obtenu par ces inhalations un calme d'une durée plus ou moins considérable, mais encore dans quelques cas, en revenant à plusieurs reprises et avec modération à l'emploi de ce moyen, on a vu les attaques convulsives se suspendre complétement, les malades recouvrer la connaissance et entrer en convalescence immédiatement.

M. Gros cite, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (janvier 1849), des succès obtenus par le chloroforme dans l'éclampsie.

Cazeaux n'en recommandait l'usage, dans la première édition de son livre, que dans une circonstance : celle où le début de l'éclampsie paraît se rattacher à l'irritation toute locale d'un organe dont la sensibilité aurait réveillé l'action réflexe des nerfs spinaux; mais depuis il a changé d'opinion, et multiplié les indications de l'anesthésie.

Dans la thèse de M. Blot, on lit plusieurs observations de convulsions puerpérales, heureusement influencées par le chloroforme.

Celui-ci, rien qu'en frictions sur les tempes, donnait déjà de bons résultats à M. Broeckx, d'Anvers.

Dans seize cas, traités par le chloroforme et les acides, le docteur Braun, d'Erlangen, a eu seize guérisons : résultat bien supérieur à ceux qu'on a obtenus jusqu'à présent des moyens usuels; et il a vu, sur sept cas, naître sept enfants vivants, ce qui témoigne assez en faveur de l'innocuité du médicament.

Le même praticien, se plaçant au point de vue de l'urémie, en tant qu'intoxication du sang produite par la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, accorde au chloroforme une valeur inestimable, lorsque les convulsions ont commencé. « A quelque période qu'on soit arrivé, dit-il, gestation, parturition, puerpéralité, l'inhalation jouit toujours de la plus grande efficacité, en diminuant l'excitabilité réflexe du système nerveux ; mais ce n'est pas tout, et l'on doit au docteur Simpson la révélation d'un effet bien plus direct

de ce médicament. D'après Simpson, l'absorption du chloroforme produit un diabète sucré temporaire, et il a été démontré par des expériences faites hors du corps humain, que le sucre ajouté en petite quantité à l'urine, retarde la décomposition ordinaire de l'urée en carbonate d'ammoniaque.

Il semble que Braun exagère un peu la valeur de son médicament; aussi, préférons-nous suivre Cazeaux, qui donne, d'une manière précise, l'indication de son emploi.

L'anesthésie est indiquée lorsque l'éclampsie survient, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, alors que la non dilatation du col ou sa non dilatabilité, rend impossible la terminaison de l'accouchement, alors que les accès, après avoir résisté aux saignées et aux révulsifs, sont très-rapprochés et menacent par leur intensité toujours croissante, les jours de la mère et du fœtus (1).

A quel moment et de quelle manière faut-il chloroformer?

Braun a recours aux inhalations anesthésiques, au moment où surviennent les signes prodromiques de l'attaque, tels que l'inquiétude générale, la raideur graduellement croissante des muscles des bras. Les inspirations faites, au moyen de l'appareil Vidal, ou d'un mouchoir humecté de chloroforme, sont continuées jusqu'à ce que les signes prodromiques de l'attaque aient disparu et fait place à un sommeil calme, ce qui arrive, en général, au bout d'une demi-minute à une minute. Lorsqu'il n'est plus possible de couper un accès, on continue néanmoins la chloroformisation pendant l'accès, dans le but de diminuer son intensité, en ayant soin de la suspendre dès le début de l'état comateux, afin de laisser à l'air pur un libre accès aux poumons. On peut même continuer la chloroformisation, lorsque l'occlusion du pharynx ne permet plus de porter de médicament jusque dans l'estomac, ou qu'un râle trachéal intense annonce d'une manière manifeste le commencement d'un œdème pulmonaire.

D'après Liégard, de Caën, l'anesthésie a agi favorablement, et on peut la suspendre, lorsque la malade cesse de se plaindre, de crier,

(1) D'après Mascarel, on ne pourrait employer le chloroforme que dans les circonstances spéciales où les soustractions sanguines sont contre-indiquées.

de grogner ; lorsque son pouls, moins fréquent, redevient régulier ; que la respiration est large, facile et égale.

Si c'est pendant le travail, tant que les contractions continuent avec énergie et régularité, on peut poursuivre, sans crainte, l'anesthésie ; car la vie organique est intacte ; on n'a pas dépassé l'éthérisation des lobes cérébraux.

Compression des carotides. — Elle fut d'abord employée dans diverses affections convulsives, et spécialement dans l'épilepsie, et donna quelques succès au docteur Albers, de Bonn (1), ainsi qu'à M. Blaud, de Beaucaire. Celui-ci l'appliqua alors à l'éclampsie.

M. Labalbary assure avoir retiré des avantages inespérés de la compression des carotides, qu'il appuyait fortement contre la partie inférieure des régions latérales du larynx, avec le pouce, ou avec le pouce et l'index, ou avec le pouce et le médius, ou bien enfin, avec le médius et l'index. Il envoya à l'Académie de médecine de Belgique, la relation d'un cas dans lequel il eut la constance de répéter 150 fois en vingt-quatre heures le moyen qu'il préconise.

Trousseau, dans la première leçon de sa *Clinique médicale* (tome I, p. 40), écrit que, depuis plus de vingt et un ans, il obtient de grands avantages de cette compression qui requiert une certaine méthode et une certaine habileté pour être exécutée convenablement.

Si les convulsions prédominent d'un côté, la compression doit être faite du côté opposé.

D'après Trousseau, la compression des carotides n'est pas si difficile qu'on le croit. Le médecin se place de manière à pouvoir agir avec la main droite sur la carotide gauche et *vice-versâ*. Il écarte, il sépare les faisceaux du muscle sterno-cleido-mastoïdien et la trachée, et sent les battements du vaisseau qui est très-mobile ; il le saisit avec les doigts, le porte quelque peu en arrière, et le comprime contre la colonne vertébrale. Alors, l'artère temporale correspon-

(1) Albers, de Bonn, comprimait les carotides et les nerfs vagues, en appliquant le pouce et l'index sur les côtés du larynx. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 1852-1853, p. 431.)

dante cesse de battre, la face pâlit, et quelquefois, tout mouvement convulsif est suspendu.

On peut admettre que la compression des carotides, si elle est exécutée par une main habile, peut empêcher une apoplexie rapidement fatale, peut agir en un mot contre un des effets les plus directs de l'état convulsif, mais elle serait inutile, sinon nuisible, dans la vraie éclampsie (1).

Mais est-il possible de comprimer les carotides comme le dit Trousseau, et est-il surtout possible de les comprimer isolément, de façon à n'agir que sur le système artériel? L'anatomie nous enseigne que les carotides primitives sont pour ainsi dire accolées aux veines jugulaires internes ; entre la carotide et la veine, de chaque côté, il y a en arrière le nerf pneumo-gastrique, en avant une branche descendante du grand hypoglosse, qui s'anastomose avec une branche du plexus cervical.

Les deux troncs nerveux, l'artère et la veine, forment ainsi un faisceau dont il nous semble très-difficile, sur le vivant, de séparer les éléments, pour agir isolément sur l'un ou l'autre d'entre eux. Il nous paraît impossible qu'en comprimant l'artère, on n'exerce pas en même temps une compression, plus ou moins énergique, sur les paires vagues, sur l'anse anastomotique, ou sur la veine. Dès lors, on ne pourrait dire quel est en réalité l'organe dont la compression suffit pour mettre un terme aux convulsions, si toutefois cette compression a jamais joui d'une efficacité réelle.

Des moyens curatifs spéciaux.

Nous venons de passer en revue les moyens curatifs généraux, c'est-à-dire ceux qui sont applicables dans tous les cas et à toutes les époques ; nous allons maintenant examiner les moyens spéciaux,

(1) Trousseau, d'ailleurs, est lui-même d'avis que la compression des carotides n'est utile que dans les cas de convulsions congestives, qui reconnaissent pour cause un mouvement fluxionnaire vers le cerveau. (*Journal des conn. médico-chirurgicales*, octobre 1837, page 183, 5e année.)

qui ne conviennent qu'à des époques déterminées de la grossesse ou du travail, ou après l'accouchement.

Quelle que soit la nature de l'éclampsie, quelles que soient ses causes prédisposantes, occasionnelles ou déterminantes, cette affection n'apparaîtra que dans l'état puerpéral, et à la seule condition que l'utérus renferme, soit un enfant, soit le placenta, soit des caillots, ou tout autre produit physiologique ou pathologique, qui, par sa présence devient une source d'irritation. Et c'est souvent l'irritation utérine qui devient le point de départ des convulsions. Une indication majeure est donc de vider l'utérus; et pour y arriver, les moyens diffèrent avec les circonstances. Cette indication ne peut toujours être remplie, et il est même des cas où toute tentative pour la remplir serait plus dangereuse que l'inertie, ou plutôt l'expectation. Ce fait a été méconnu par beaucoup d'auteurs; désireux de généraliser, ils ont voulu établir une règle unique, pour tous les cas, et cela s'est fait surtout pour l'époque où l'accouchement n'est point terminé, pendant la grossesse, avant et pendant le travail.

C'est ainsi que Mauriceau, ayant la conviction que l'accouchement est le meilleur remède à l'éclampsie, propose d'y procéder le plus tôt possible. Portal est du même avis. Amand se prononce dans le même sens en disant que la mère et l'enfant succomberont, si l'accouchement n'est pas promptement terminé. Guillemeau dit qu'il y faut procéder sur-le-champ, et M. Du Coudray, Deventer, Lemoine, Deleurye expriment le même avis. Rœderer, d'Aitken, Puzos pensent que le remède le plus sûr des convulsions est l'accouchement, *s'il est possible*. M. Velpeau se prononce pour la prompte délivrance, malgré les insuccès de MM. Gasc et Téallier. M. Pigeolet a adopté la même pratique, et sur quatre cas, il a eu deux succès. En les rapportant, il signale la remarque faite par Ménard, que lorsqu'on n'a pas pu recourir assez tôt à la délivrance, le cerveau se trouve être bientôt le siége d'une altération profonde à laquelle l'accouchement ne peut plus remédier.

Les résultats obtenus, en général, nous conduisent à l'opinion, énoncée par Dionis et Bruhier d'Arlincourt, que l'accouchement, quoique étant l'unique remède, ne dissipe pas toujours les convulsions. C'est ce que Ménard dit aussi.

Partisan de l'accouchement, M. Desjardins dit n'avoir pas perdu un malade sur sept, et M. Champion dit en avoir guéri sept sur dix.

L'influence exercée par la sortie du fœtus sur la cessation des attaques d'éclampsie, a été spécialement étudiée par M. Wieger, agrégé à la faculté de Strasbourg, qui en a fait l'objet d'un travail statistique très-complet. Voici ce qu'il nous apprend :

« 1° Dans 33 cas d'éclampsie avant le travail, les attaques ont cessé 15 fois, treize mères ont guéri ; les attaques ont continué, mais rares ou faibles, 9 fois, les neuf mères ont guéri ; les attaques ont continué, nombreuses, intenses, 9 fois, et trois mères ont guéri ; 25 guérisons sur 33 cas ;

« 2° Dans 33 cas d'éclampsie, au début du travail, les attaques ont cessé 9 fois, les neuf mères ont guéri ; elles ont continué, légères ou rares, 10 fois ; neuf mères ont guéri ; les attaques ont continué, nombreuses, intenses, 14 fois, et sept mères ont guéri ; 25 guérisons sur 33 cas ;

« 3° Dans 25 cas d'éclampsie pendant le travail, sans indication exacte de la période, ces attaques ont cessé 9 fois, les neuf mères ont guéri ; elles ont continué peu intenses, 8 fois, sept mères ont guéri ; elles ont continué intenses ou prolongées, 7 fois, six mères ont guéri ; 22 guérisons sur 25 cas ;

« 4° Dans 21 cas survenus pendant la période d'expulsion, les attaques ont cessé 6 fois, les six mères ont guéri ; elles ont continué peu intenses, 8 fois, sept mères ont guéri ; elles ont continué intenses ou prolongées, 7 fois, six mères ont guéri ; 19 guérisons sur 21 cas. »

Ces chiffres démontrent une seule chose : c'est que la prompte délivrance est favorable dans la grande majorité des cas, mais il ne s'en suit pas qu'elle est toujours nécessaire, et qu'elle ne rencontre jamais de contre-indication.

C'est ce qu'ont bien compris Burns, Hull, Hamilton et Leake, qui ne conseillent l'accouchement que dans les seuls cas où les convulsions ont leur point de départ dans l'utérus.

Ross, Denman, Baudelocque doutent de son utilité, de même que Gartshore et Gardien

Delamotte ne veut pas non plus faire un principe général de l'accouchement ; il conseille de n'y avoir recours que lorsqu'il n'y a plus rien à espérer des ressources de la nature.

Cazeaux, qui considérait d'abord l'évacuation de l'utérus comme la plus puissante ressource de l'accoucheur, contre les convulsions puerpérales, changea d'avis quelques années plus tard, lorsque ses idées sur la nature de l'éclampsie se furent modifiées. Dans la dernière édition de son *Traité d'accouchements*, il dit que désemplir l'utérus, c'est s'attaquer seulement à une des causes éloignées de l'éclampsie, nullement à la cause immédiate, et les résultats qu'on en peut attendre, lui paraissent trop incertains pour compenser les graves dangers inséparables des opérations propres à obtenir ce résultat. Il détermine du reste les cas dans lesquels il admet l'intervention de l'art.

En rejetant toute règle générale à ce sujet, nous croyons qu'on est dans le vrai. Il est évident que l'accouchement, et surtout l'accouchement forcé, ne peuvent convenir dans tous les cas indistinctement. Quand les convulsions apparaissent, l'état de l'utérus et les conditions dans lesquelles se trouve le fœtus, peuvent singulièrement varier et se combiner de bien de façons différentes. Parfois la tête du fœtus repose si bas, et les parties sont si lâches, que l'enfant peut être extrait par le forceps, sans difficulté. D'autres fois, la tête est encore au-dessus du détroit supérieur, le col est dilaté ou dilatable, les parties sont lâches, la poche des eaux est intacte, ou il reste encore assez d'eaux dans la matrice, en un mot les conditions de la version existent, et cette opération peut se faire facilement et sans danger.

Mais, au contraire, lorsque les convulsions surviennent au milieu de la grossesse, ou dans les derniers mois, le col peut être hermétiquement fermé ; aucune apparence de travail ne se manifeste ; l'utérus reste complétement étranger à tous les troubles de l'économie ; alors qu'y a-t-il à faire ? Attendre ; en employant tous les moyens généraux déjà indiqués ; abandonner, pour l'accouchement, l'économie à ses propres ressources, en pratiquant de temps en temps le toucher vaginal. Car on sait que dans les convulsions il se

produit des changements subits et fréquents dans l'état de la matrice, changements qui passeraient souvent inaperçus à la faveur, soit de l'état comateux, soit du trouble que déterminent les convulsions, si l'accoucheur n'était prévenu de leur possibilité et ne se tenait sur ses gardes.

Avant de développer cette question plus méthodiquement, disons un mot de l'ergot de seigle et de l'opportunité qu'il y aurait de l'employer dans les convulsions puerpérales.

En raison de ses propriétés bien connues, on était autorisé à l'essayer lorsque les contractions utérines sont bien évidentes et que le travail approche de son terme.

Dans ces circonstances, le docteur Waterhouse, de Philadelphie, et M. Mitchell approuvent son emploi. Ashwell, Villeneuve et M. Adrien l'ont également utilisé. Copland l'employait quelquefois, uni au borax.

Castle rapporte que le docteur Brinckle donna un jour l'ergot de seigle avant tout travail, et que vingt minutes après l'administration de la première dose, les contractions utérines se manifestèrent, et la malade guérit. Mais ce fait est contraire à ce que nous connaissons des propriétés du médicament.

Nous pensons, du reste, que celui-ci est bien rarement indiqué. En effet, le col est dilaté ou il ne l'est pas. S'il est dilaté, on obtiendra une délivrance beaucoup plus prompte et plus efficace, par conséquent, par l'application immédiate du forceps. S'il ne l'est pas, l'ergot de seigle déterminera dans la matrice une sorte de contracture, augmentera davantage encore l'irritabilité de la fibre utérine, rétrécira les vaisseaux utéro-placentaires, troublera conséquemment la circulation fœtale déjà si compromise par les convulsions elles-mêmes, produira, enfin, une hypérémie céphalique qui ne peut qu'accroître l'excitabilité nerveuse générale, et comme l'accouchement, vu le peu de largeur de l'orifice du col, est encore loin de se terminer, on aggravera ainsi l'état de la femme, et l'enfant sera voué à une mort certaine. (Hyernaux).

L'intervention de l'art peut être ou paraître requise :

1° Pendant la grossesse ;

2° Pendant le travail ;

3° Après l'accouchement.

1. Pendant la grossesse, comme du reste en tout temps, il faut tâcher de reconnaître quelle est la principale cause sous l'influence de laquelle les accès sont survenus.

Ainsi, quand l'éclampsie est occasionnée par une énorme distension des parois utérines par une quantité surabondante de liquide amniotique, on fera la ponction des membranes, mais, autant que possible, à une certaine distance de l'orifice interne du col. Avant l'époque de viabilité du fœtus, en général, l'accoucheur ne doit pas intervenir. « Même avec la certitude que le fœtus est mort, dit Cazeaux, on ne doit rien faire pour provoquer l'avortement, avant le septième mois, car le temps nécessaire à l'action des moyens abortifs et à l'expulsion du produit de conception excède de beaucoup la durée la plus ordinaire de l'éclampsie, et la femme serait morte ou guérie avant qu'ils aient fait sentir leur influence. »

Ne pourrait-on, cependant, rencontrer quelque cas où se trouveraient réunies les conditions suivantes? Fœtus mort, angustie pelvienne très-prononcée, menaces d'avortement, obstacle insurmontable à l'expulsion du produit, apparition d'accès convulsifs. Si cela arrivait, le forceps ou la version étant insuffisants, il faudrait choisir entre l'embryotomie et l'hystérotomie, en tenant compte des circonstances accessoires, et choisissant toujours le moyen qui sauvegarderait le mieux la vie de la femme.

Si on a dépassé le septième mois, et que, sous l'influence des convulsions, les contractions utérines se développent, tant que le col a encore une certaine longueur, il n'est guère possible de songer incontinent à la déplétion de l'utérus. M. Pigeolet conseille alors de mettre en œuvre l'un ou l'autre des procédés auxquels on a reconnu la puissance de provoquer les contractions de l'utérus, d'effacer son col, de l'amincir, car ce n'est guère qu'alors qu'on peut penser à recourir, soit à la dilatation forcée du col, soit à son incision, pour permettre le passage de la main qui doit faire la version, ou du forceps qui doit extraire le fœtus ; et il est rationnel d'employer le

tamponnement, les douches sur le col, les injections intra-utérines ou quelqu'un des autres moyens capables de provoquer un commencement de travail, et de permettre ultérieurement la déplétion par la version ou le forceps.

On se place alors dans le cas de convulsions, survenant pendant le travail, et les mêmes indications se présentent dans ce dernier cas.

Mais si l'éclampsie paraît après le septième mois, que le travail ne se déclare pas, que faut-il faire? Attendre, si les convulsions sont bénignes et vont en décroissant; ce qui est rare. En général, les convulsions continuent et s'aggravent à chaque accès. Plus elles ont eu de durée, plus la vie de la mère et celle de l'enfant sont menacées. Il s'agit de savoir si, dans la circonstance que nous supposons, l'intervention de l'accoucheur exercerait une influence heureuse ou fatale.

Cette question semble résolue par Levret et Velpeau, qui disent avoir observé que le travail fait généralement cesser les convulsions qui se sont établies pendant la grossesse. Nous n'avons jamais pu constater ce fait. On sait d'ailleurs, que les convulsions puerpérales pendant le travail, sont les plus fréquentes, et il serait étonnant, dès lors, que le travail vînt mettre un terme à des convulsions qui l'auraient précédé; il paraîtrait plus vraisemblable que le travail exerçât sur elles une action fâcheuse. Puis, il y a une différence entre un travail spontané et celui qui survient par suite de l'emploi de moyens provocateurs. Et, en supposant même que le travail vînt modifier avantageusement, dans certains cas, la marche de l'affection, les moyens provocateurs, agissant trop lentement, ne suffiraient-ils pas le plus souvent pour aggraver la position de la malade, d'une façon irrémédiable, avant qu'aucune contraction n'ait encore pu se produire?

Nous pensons qu'il en est ainsi, et que, par conséquent, les préceptes établis par Cazeaux, pour les circonstances que nous supposons, sont les meilleurs.

« Pendant la grossesse, dit Cazeaux, quelque grave que soit l'attaque convulsive, il faut se borner à l'emploi des moyens généraux. »

En effet, les moyens propres à provoquer l'accouchement agiraient trop lentement. Et les manœuvres nécessitées par l'accouchement forcé, ne pourraient qu'irriter l'utérus davantage, et augmenteraient ainsi les convulsions générales. Et après avoir extrait le fœtus par force d'un utérus inerte, n'a-t-on pas à craindre des accidents ultérieurs des plus graves? C'est ici le cas de rappeler le vieux précepte : *Arte, non vi.*

Tous les accoucheurs ne s'y conforment pas. Ainsi, selon V. Horn, à une époque rapprochée du terme de la gestation, lorsqu'après les accès aucun travail d'accouchement ne se montre, il faut avoir recours aux moyens proposés pour obliger le travail à se déclarer avant terme.

Lauverjat, en cas de convulsions graves, sans dilatation du col, glisse le doigt entre les membranes et la matrice, pour les désunir le plus possible. Il compte ainsi faire cesser les accidents par le relâchement des fibres de la matrice (?).

2. Pendant le travail, supposons *le col dilaté ou dilatable.* Que la tête appuie sur le plancher du petit bassin, qu'elle soit seulement descendue dans l'excavation ou même qu'elle soit encore retenue au-dessus du détroit supérieur, il y aura avantage à terminer l'accouchement par le forceps, au moins dans les présentations du sommet; il en serait de même pour celles de la face, lorsque celle-ci est déjà assez avant dans l'excavation.

Si la face est encore très-élevée ou en position mento-postérieure, on fera la version pelvienne.

C'est encore à la version pelvienne qu'on aura recours dans les présentations du tronc, à moins que le bassin ne soit fort retréci, auquel cas on ferait la version céphalique immédiatement suivie de l'application du forceps.

Il est surtout nécessaire d'intervenir lorsque l'accès convulsif se repète avec chaque contraction utérine; car il est probable, comme le fait remarquer Pastorello, que l'éclampsie est alors maintenue par l'irritation de l'utérus; il est donc indispensable de le vider. Blake et Denman insistent particulièrement sur ce point.

On pourra abandonner la terminaison du travail aux soins de la nature, lorsque la tête est très-bas, les convulsions peu intenses, l'intervalle entre les accès assez long et le coma peu profond.

En général, nous préférons l'application du forceps à la version, parce que celle-là est moins périlleuse (1) par elle-même, que la seconde; qu'elle s'effectue plus promptement, et que l'utérus en est moins irrité.

Levret d'abord, puis Mackenzie, Merriman et Barbaut, préféraient généralement le forceps à la version. L'instrument peut s'appliquer lorsque l'occiput est encore au détroit supérieur, et Duchateau l'a prouvé par six observations; il est donc permis d'écarter la règle de Velpeau, qui veut que l'on fasse la version dans cette circonstance.

M. Pigeolet a adopté la pratique de Duchateau, et il a la conviction que les difficultés d'une version auraient été bien supérieures à celles qu'il a rencontrées pour l'application du forceps dans les cas dont il fut témoin.

Supposons maintenant le col *non dilaté et non dilatable.*

On a proposé alors de rompre les membranes pour accélérer l'accouchement. Mauriceau, Denman, Gros, Dumont sont partisans de cette méthode. Elle a pu être utile, et mettre un terme aux convulsions, lorsque l'utérus était distendu outre mesure, par une quantité surabondante de liquide amniotique. Elle sera donc indiquée s'il y a hydropisie de l'amnios ou même dans une grossesse gémellaire.

Sinon, on devra l'éviter, car la vie du fœtus, déjà suffisamment compromise, le serait davantage encore, par suite d'une ponction intempestive. Et l'on rendrait plus difficile la version, en supposant que celle-ci dût être pratiquée ultérieurement.

(1) La vie du fœtus est, à la vérité, fort compromise par les accès d'éclampsie de la mère, et c'est pourquoi Velpeau pratique assez volontiers la version. Mais, il ne faut pas oublier que le fœtus peut ne pas succomber avant l'accouchement, et que l'on ne saurait prendre trop de précautions pour lui conserver l'existence. C'est pourquoi le forceps nous semble indiqué dès que son application est possible, fût-elle même difficile.

Cette question écartée, supposons qu'on ait affaire à une éclampsie des plus graves, contre laquelle tous les moyens généraux ont échoué, et dans laquelle se joue le sort de deux existences. Le col n'est ni dilaté, ni dilatable; que faire?

Vous laisserez l'économie à ses propres ressources, disent la plupart des écrivains anglais, car il vaut mieux que la femme meure de convulsions, par l'action de la nature, que de succomber aux conséquences d'une cruelle et sauvage opération! Telle est l'exclamation de Blundell; mais dans son humanité en faveur de la mère, il est inhumain pour l'enfant; il l'abandonne.

A vrai dire, l'accoucheur se trouve ici dans la plus cruelle alternative où puissent le placer les convulsions puerpérales. Les uns lui crient : « *Non occides; non facienda mala, ut eveniant bona.* » Les autres : « *Quam non servasti, dum potuisti, illam occidisti.* »

Il y aurait peut-être un moyen de trancher la question : ce serait de consulter les statistiques; mais celles-ci restent muettes à ce sujet. On a publié des cas favorables à l'expectation, on en a publié qui nous conseillent d'agir. Mais les auteurs qui ont ainsi quelquefois réussi, ne racontent pas les échecs qu'ils ont subis. M. Pigeolet, publiant quatre cas qu'il a rencontrés et où il s'est décidé à l'emploi des moyens les plus énergiques, nous fournit l'exemple de deux succès et de deux insuccès.

Nous restons donc dans l'incertitude; et, à défaut d'expérience personnelle, nous devons consulter l'opinion de ceux qu'une longue pratique a mis à même de juger de l'avantage et des inconvénients des diverses méthodes.

M. le docteur Pigeolet n'est pas partisan de l'inertie. Il conseille de mettre tout d'abord en œuvre (sans négliger les moyens généraux), l'un ou l'autre des procédés auxquels on a reconnu la puissance de provoquer les contractions utérines, d'affaisser et d'amincir le col de la matrice.

« Lorsqu'on est arrivé à ce dernier point, on peut, dit-il, recourir, soit à la dilatation forcée du col, soit à son incision. »

La dilatation a été recommandée par Ashwell, Ryan, Osiander,

Egeling, Barny et Busch, et se faisait au moyen des doigts ou d'instruments particuliers. Nous pensons qu'elle ne peut être employée que dans le cas où le col n'offrirait pas un grand obstacle. Sinon, ce moyen serait trop lent; il est d'ailleurs difficile et très-douloureux pour la femme. De plus, il se peut fort bien que la rétraction du col soit liée aux convulsions dont sont affectés tous les muscles du corps : dès lors, elle n'est pas de nature à céder facilement aux efforts d'introduction, et, en cas d'insuccès, on doit craindre que ces tentatives, irritant les fibres très-sensibles du col, aient pour résultat d'augmenter les convulsions générales auxquelles on voulait remédier.

Par ces raisons, beaucoup d'auteurs ont renoncé à la dilatation forcée du col, et M. Velpeau, qui en a cependant obtenu un succès, lui préfère l'incision du col. M. Pigeolet et Cazeaux pensent de même. M. Hubert, dans un cas d'éclampsie grave, pratiqua des incisions multiples sur le col utérin, puis il appliqua le forceps; et l'enfant et la mère furent sauvés.

L'idée de recourir au débridement du col n'est pas nouvelle. A. Paré l'a indiqué; Fournier a inventé un instrument spécial pour y procéder.

Mesnard, Van Swieten, Barbaut en font mention; mais c'est à Lauverjat, Bodin et Coutouly que revient l'avantage d'avoir propagé cette opération. Lemoine recommande l'incision du col, lorsque la saignée ne parvient pas à vaincre sa résistance. En 1781, Dubosc la pratiqua sur une dame qui avait attendu l'âge critique pour goûter le plaisir d'être mère; le col de l'utérus était dur, tendu, calleux comme dans l'état squirrheux; son incision suffit pour que les convulsions s'arrêtassent, et que l'accouchement s'accomplît spontanément. Delpech conseille ce débridement dans les convulsions avec spasmes du col; et dans ce cas Champion a pratiqué avec succès une double incision.

M. Bouteilloux et M^me^ Lachapelle la rejettent, sous prétexte que l'extension que peuvent prendre les plaies du côté de la matrice, peut les rendre dangereuses. Mais cette objection tombe, lorsqu'on songe qu'il se produit toujours une forte déchirure du col chez

les primipares, que cela se répète même dans la plupart des accouchements, sans que ces déchirures soient habituellement suivies d'accidents.

On pourrait donc dire, avec Miquel, que le débridement du col est plutôt trop négligé que prodigué, et qu'il est mis de nos jours en usage avec trop de timidité, par les praticiens.

Si, au lieu du col, on rencontrait un diaphragme ou un croissant membraneux, comme M. Velpeau, Stone et Dunand en citent chacun un exemple, il faudrait le diviser.

Si le vagin était oblitéré, comme dans le cas de M. Lombard, il ne resterait également d'autre ressource que de frayer un chemin pour arriver au fœtus.

L'opération du débridement, quoique simple et facile en apparence, offre quelquefois certaines difficultés. La première incision est facile. Le col est plus ou moins tendu, et l'on peut, en écartant l'index et le doigt médius de la main gauche introduits dans le col, lui donner la résistance nécessaire pour opérer l'incision; mais il n'en est pas de même des incisions ultérieures; car la plupart des opérateurs qui ont eu recours à l'hystérotomie vaginale, conseillent, à l'instar de Coutouly et de Moscati, d'en pratiquer plusieurs. (Pigeolet).

On a généralement recours au bistouri droit pour cette opération; c'est l'instrument que M. Pigeolet a employé dans un cas dont nous reproduisons l'observation à la fin de ce travail. Le bistouri est alors entouré d'une bandelette roulée jusqu'à 2 centimètres de la pointe.

Cependant, M. Pigeolet préfère au bistouri l'emploi des ciseaux, et Chailly partage cette préférence. Ce dernier se sert de grands ciseaux courbes sur leur bord. Le grand inconvénient du bistouri, c'est que le rebord du col fuit devant lui, ce qui n'a pas lieu pour les ciseaux.

Au lieu d'une seule incision, qui pourrait être trop étendue, il est mieux d'en faire plusieurs, et pour éviter de léser la vessie ou le rectum, on les dirigera de côté, deux en avant, deux en arrière.

Ces incisions, bien faites, ne présentent aucune gravité. Il est même exceptionnel qu'elles aient déterminé une hémorrhagie.

Dès qu'on les aura pratiquées, on terminera immédiatement l'accouchement, suivant les préceptes établis plus haut.

S'il y a angustie pelvienne, qu'on ait affaire à une éclampsie, ou non, ce sont toujours les mêmes indications qui se présentent. Là où le forceps ou la version seraient impuissants, il y aurait à agir par l'hystérotomie ou l'embryotomie. Pour le choix à faire entre ces deux méthodes, on ne peut rien déterminer d'avance. Cela dépendra des cas qui se présentent; dans chacun d'eux, il est un grand nombre de circonstances et de considérations de nature à justifier la pratique différente des différents accoucheurs. La vie de l'enfant et celle de la mère sont aussi compromises l'une que l'autre, dans les convulsions puerpérales, et lorsqu'on est réduit à choisir l'un des partis extrêmes que nous venons d'indiquer, il est bien rare qu'on parvienne à sauver l'une des victimes, qui toutes deux sont d'avance vouées à une mort presque certaine.

Si la mère succombe sans être délivrée, il reste une chose à faire : c'est l'opération césarienne, bien que le fœtus soit mort dans l'immense majorité des cas, avant la mère. Mais, comme il pourrait lui rester un souffle de vie, on ne saurait trop se hâter de l'extraire, pour lui donner les soins les plus prompts et les plus efficaces.

Chercher, dans cette circonstance, à retirer l'enfant par le vagin serait perdre un temps précieux, et se soumettre volontairement à des règles puériles que rien ne justifie.

Si, après l'accouchement, les convulsions restent suspendues, on abandonne la délivrance à la nature. Si, au contraire, elles persistent, ce qui est fréquent, on se hâte d'extraire le placenta, ainsi que les caillots contenus dans la matrice.

3. Après l'accouchement, et avant la délivrance, l'éclampsie peut se déclarer. Les auteurs conseillent alors d'extraire aussitôt le délivre, les membranes et les caillots que l'utérus pourrait contenir, mais seulement alors que l'introduction de la main n'est ni trop difficile ni trop douloureuse.

Cette extraction est en général, possible, et même assez facile, à une époque rapprochée de la sortie du fœtus.

Son heureuse influence sur la marche de l'affection est signalée partout ; et on en trouve surtout un grand nombre d'exemples dans le recueil de Mauriceau. (*Observations sur la grossesse, etc.*).

OBSERVATIONS.

Observation 1 (recueillie par M. Oscar Max, interne).

Catherine Degreef, âgée de dix-neuf ans, giletière, est apportée à l'hôpital Saint-Pierre, le 16 mars 1861. En la remettant entre nos mains, on nous donne les renseignements suivants : elle est enceinte de cinq à six mois ; ce matin, elle a eu une querelle avec un individu, et s'est mise à cette occasion dans une violente colère. Un peu après, au moment où elle se préparait à changer de bas, et où elle se baissait pour quitter ceux qu'elle portait, elle s'est relevée tout à coup comme prise d'étourdissement; elle s'est dressée, a regardé autour d'elle avec stupeur, a étendu les bras, puis est tombée par terre, en proie à une attaque de convulsions.

On a aussitôt transporté à l'hôpital cette jeune fille, qui du reste n'avait jamais eu d'attaque épileptique ou hystérique antérieurement, et qui, toujours d'après ce que l'on nous dit, se trouvait pour la première fois en état de grossesse. Au moment de son entrée dans nos salles, elle n'avait pas encore perdu tout à fait connaissance ; elle demandait à boire, et se plaignait de céphalalgie.

Nous conçûmes quelques espérances du peu de gravité apparente de ces symptômes, mais elles ne devaient pas malheureusement se réaliser ; car bientôt un nouvel accès convulsif survenait, qui nous permit de poser notre diagnostic d'une façon précise; en effet, nous

étions en présence d'un cas d'*éclampsie* bien caractérisé. Convulsions ayant lieu en quelque sorte sur place. Pas de ces mouvements étendus, de ces contorsions, de ces gesticulations désordonnées, comme dans l'épilepsie ordinaire ou dans l'hystérie. Il semblerait qu'il existe tout autour de la malade une limite invisible qu'elle ne peut franchir, et ne cherche pas à franchir. Aussi est-il rarement nécessaire ici de prendre toutes les précautions qu'exigent les affections analogues, hors du temps de gestation. Garnir le lit de planches, retenir la malade, l'attacher, sont toutes choses superflues. La bouche rejette une écume teinte du sang qui s'écoule des morsures faites à la langue, projetée entre les arcades dentaires. Les yeux roulent dans les orbites. Les paupières s'ouvrent et se ferment rapidement et largement ; les pupilles sont contractées. Les pouces, fléchis dans la paume de la main, sont couverts par les doigts, fléchis également sous l'influence de contractions musculaires énergiques. Il y a perte complète de connaissance.

A ces symptômes, qui dénotent un trouble profond des fonctions de l'innervation, s'en joignent d'autres également caractéristiques. Il y a œdème général ; infiltration du tissu cellulaire des extrémités, bouffissure de la face, etc. L'urine peu abondante (2 verres à bière) que nous obtenons par le cathétérisme, renferme une énorme quantité d'albumine, qui se précipite instantanément par l'addition à ce liquide de quelques gouttes d'acide nitrique. Les linges sont souillés de matières stercorales, produits d'une défécation involontaire. Il y a de violentes palpitations de cœur ; le pouls est irrégulier, intermittent. La face est pâle ; les lèvres sont bleues ; la respiration est soufflante.

Du côté de l'utérus, nous observons que le fond de cet organe s'élève très-peu au-dessus de l'ombilic. Une ligne brune, pigmentaire, s'étend de l'ombilic au mont de Vénus. L'utérus est très-mobile ; on arrive difficilement par le toucher vaginal, au col, qui est très-élevé, allongé, pointu, complétement fermé, au point qu'on ne saurait même introduire à son orifice externe l'extrémité du doigt, enfin, exempt de toute saillie anormale, de toute bosselure.

Le bassin est bien conformé.

Le traitement mis en usage, consiste en deux saignées, pratiquées à deux heures d'intervalle, le jour même de l'entrée de la malade, et suivies de l'application de douze sangsues à chaque pied.

Avant cela, on avait déjà posé des sinapismes aux mollets; et plus tard nous fîmes des frictions à la partie interne des jambes et des cuisses avec la pommade de Gondret. Nous prescrivîmes, en outre, à la patiente, le protochlorure de mercure, à prendre par doses de 0,50 centigrammes, d'heure en heure.

Malgré cette médication énergique, il n'y avait pas d'amélioration. Le soir, les convulsions se succédaient coup sur coup, ne laissant entre elles qu'un intervalle de quatre à six minutes, pendant lequel la malade demeurait plongée dans un coma profond.

Cet état persista jusqu'au lendemain neuf heures, heure à laquelle elle succombait (17 mars).

La veille, on avait cherché vainement à dilater le col; du reste, il n'y avait pas la moindre apparence de travail. Aussitôt après la mort, je pratiquai l'opération césarienne; mais ce ne fut que pour retirer de l'utérus un fœtus dont la mort devait remonter au début des attaques.

Autopsie. — Tubercule de la dure-mère comprimant la partie postérieure de l'hémisphère cérébral droit, gros comme un petit pois.

Rien à la moëlle, ni aux méninges rachidiennes.

Hémorrhagies nombreuses du foie et dégénérescence graisseuse.

Dégénérescence graisseuse des reins.

Col de l'utérus tout à fait fermé.

Tubercule crétifié, volumineux au sommet du poumon droit.

Analyse du sang et de l'urine par M. Laneau, chimiste des hôpitaux civils de Bruxelles. — Le sang contient de l'urée.

L'urine contient 0 gramme 660 d'acide urique p. ‰; et 8 gr. 130 p. ‰ d'urée pure. Donc, il y a augmentation d'acide urique, et diminution de l'urée.

Cette urine, extrêmement dense, renferme beaucoup de sulfates,

de phosphates et de chlorures, et 50 grammes p. °/₀₀ d'albumine sèche, proportion que M. Laneau considère comme très-extraordinaire.

(*Cahiers d'observations de l'hôpital Saint-Pierre.* — Service de M. le docteur PIGEOLET.) *Voir,* pour la même observation, le Compte rendu du service médical de M. Pigeolet (par M. Oscar Max, interne) pour les mois de janvier à juillet 1861 et le bulletin n° 5 (p. 5) des *Annales de la Société anatomo-pathologique.*)

Observation 2 (notes prises par M. E. PIGEOLET, interne).

La nommée Jacqueline Camusier, servante, âgée de dix-huit ans, tempérament lymphatique, entre le 11 février 1860, à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles. Enceinte de six à sept mois. Mouvements convulsifs lents, contractures des membres, fonctions intellectuelles anéanties. OEdème des extrémités. Coma. Respiration stertoreuse. A chaque accès, contractions puissantes de l'utérus; la langue est projetée en avant et mordue.

L'accouchement prématuré fut pratiqué immédiatement après quelques incisions longitudinales faites au col. Un vésicatoire fut appliqué à chaque mollet, de la glace sur la tête, douze sangsues aux apophyses mastoïdes (huit à midi et quatre le soir) ; une goutte d'huile de croton tiglium est donnée à l'intérieur.

13 février. Albumine dans les urines, ventre douloureux, urines et selles involontaires. Pupilles dilatées plutôt à droite qu'à gauche. Vésicatoires et ventouses scarifiées sur le ventre. État comateux. Sensibilité légère, pouls petit et fréquent, signes d'épanchement dans la cavité crânienne.

14 février. Pouls plus relevé, moins fréquent ; douleurs abdominales moins fortes. Pupilles également dilatées, contractures ; urine acide, moins albumineuse. Ventouses scarifiées sur le ventre, et vésicatoire sur la nuque du double de la paume de la main.

15 février. Pupille droite plus dilatée que la gauche. État coma-

teux. Les membres sont devenus souples; légère péritonite; précipité albumineux moins fort. Vésicatoire sur la tête.

16 février. Pouls plus fréquent. Peau chaude, l'œil gauche s'est entr'ouvert et le droit fermé; urines albumineuses. Calomel, 1 gr. en 12 paquets, à prendre toutes les demi-heures.

17 février. Pupille droite fortement dilatée. Oppression très-forte. Contraction des ailes du nez. Les paupières sont abaissées. Le bras gauche retombe plus lourdement. Respiration stertoreuse, l'épanchement est plus considérable du côté droit qu'à gauche.

18 février. Mort.

(*Cahiers d'observations de l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.* — Service de M. le docteur Crocq.)

Observation 2 (communiquée par M. le professeur Pigeolet).

Première grossesse. — Accès d'éclampsie dans le 6e mois; accouchement forcé. — Guérison.

La femme Dorothée Huysmans, âgée de trente et un ans, est envoyée à l'hôpital Saint-Pierre, le 20 décembre 1861, à sept heures du soir. Elle présente les conditions d'un tempérament essentiellement lymphatique; elle porte au cou plusieurs cicatrices d'adénites scrofuleuses terminées par suppuration.

Cette femme avait exercé la profession de servante jusqu'à l'époque de son mariage, le 26 août 1861.

Elle nous était envoyée par un médecin de la ville, comme atteinte d'éclampsie puerpérale. La veille elle s'était exposée au froid humide, en vaquant aux occupations de son ménage, et vers trois heures du matin, elle s'était trouvée prise d'un accès d'éclampsie. Tels furent les seuls renseignements qu'on nous donna à son entrée à l'hôpital. Elle se trouvait alors plongée dans un profond sommeil;

de temps en temps elle était prise d'agitation et poussait des sons inarticulés, ressemblant à de véritables grognements; par moments, on remarquait quelques contractions des membres et des mouvements fibrillaires dans les muscles de la face. La peau était chaude et sèche. Le pouls, dur, donnait 18 pulsations au quart.

La matrice dépassait de deux travers de doigt environ le niveau de l'ombilic. Le sujet resta insensible pendant l'exercice du toucher.

Le col était mou, entr'ouvert et permettait l'introduction de deux doigts; la poche des eaux était peu saillante et l'on sentait la tête de l'enfant séparée de la poche par une faible quantité de liquide amniotique ; la tête n'était pas encore suffisamment descendue pour permettre de sentir les sutures, ni les fontanelles.

A peine cette inspection fut-elle terminée, que la patiente fut prise d'un accès d'éclampsie parfaitement caractérisé et dont la durée fut d'environ une minute et demie. Les muscles de la face se contractèrent d'abord, les paupières devinrent le siége d'un clignotement, les yeux roulèrent dans leurs orbites, l'écume vint à la bouche et aussitôt un morceau de bois fut placé entre les arcades dentaires, pour éviter la morsure de la langue; en même temps la peau de la face avait pris une coloration bleuâtre et les membres étaient secoués par des mouvements convulsifs.

Lorsque ces phénomènes eurent cessé et que la femme fut retombée dans le coma, une saignée de 350 grammes fut pratiquée et le sang mis en réserve pour être livré à l'analyse.

10 centigrammes de calomel furent administrés de quart d'heure en quart d'heure (elle en avait pris 50 centigrammes à l'époque de ma première visite); on fut obligé, pour obtenir le mouvement de déglutition et l'injection du médicament, de comprimer les narines.

Ce traitement étant établi par M. Charon, interne du service, aidé de M. Vincent, interne du service des enfants, le premier reconnaissant toute la gravité de la maladie de la femme Huysmans, s'empressa de m'en faire prévenir en m'informant en détail des circonstances de la maladie, surtout qu'il avait pu constater encore les

battements du cœur du fœtus, affaiblis, il est vrai, à gauche sous l'ombilic, et que deux existences se trouvaient par conséquent en jeu.

Prévenu vers huit heures, je me rendis sur-le-champ à l'hôpital, et, après avoir pris connaissance de toutes les circonstances relatives à la position de cette femme, quoique je ne la considérasse que dans le cours du sixième mois de la grossesse, le fond de l'utérus ne dépassant guère que de deux travers de doigt le niveau du nombril, je me décidai immédiatement pour l'accouchement forcé.

Après avoir retiré de la vessie, par le cathéter, environ 45 grammes d'urine très-concentrée, que je fis mettre en réserve pour la soumettre à l'analyse chimique, et évacué le rectum, je procédai à l'incision du col par les ciseaux de Dubois.

Je donnai la préférence aux ciseaux sur le bistouri pour les raisons que j'ai eu occasion d'indiquer dans une autre circonstance, et je parvins, avec beaucoup plus de facilité, à l'aide de cet instrument, à pratiquer quatre incisions, deux en avant, obliquement en dehors et deux en arrière, également en dehors, à l'effet de préserver avec plus de certitude les organes voisins, la vessie et le rectum.

Je procédai ensuite à l'application du forceps. La première branche, la branche mâle, fut introduite avec beaucoup de facilité; la seconde me demanda un peu plus de temps, mais en somme, en quelques minutes, l'instrument était en place et la tête se trouvait parfaitement saisie sans que la poche des eaux ne fut rompue, et ce fut seulement lors des premières tractions que les eaux s'écoulèrent.

La femme se trouvant parfaitement maintenue par mes deux aides, le siége portant à faux, la tête fut amenée sans offrir une bien grande résistance. Cette opération ne s'effectua pas sans arracher quelques plaintes à la femme, dont les membres s'agitèrent de mouvements désordonnés et présentèrent une certaine résistance qui, du reste, fut facilement vaincue par les aides qui maintinrent la patiente en place.

Amené à l'extérieur, l'enfant ne donnait plus signe de vie; les battements du cœur avaient cessé, et tout ce qui fut mis en œuvre dans le but de les provoquer ne put ramener la circulation. Le

fœtus présentait les caractères du sixième mois de la vie intra-utérine, et l'autopsie vint confirmer nos prévisions à cet égard.

Après sa délivrance, la femme tomba dans un coma profond ; il n'y eût plus ni contractures, ni agitation, ni aucune apparence de manifestation éclamptique ; la respiration devint profonde, stertoreuse ; le pouls moins dur donnait 27 pulsations au quart.

L'urine que nous avions recueillie était trouble, renfermait une grande quantité de mucus et de sels qui la rendait blanchâtre, et une telle quantité d'albumine que, par l'addition de l'acide azotique, elle donna un précipité presque aussi épais que de la fibrine coagulée.

Le 21 décembre, la malade n'est pas sortie de l'état comateux. La respiration est toujours stertoreuse. Les pupilles sont presque insensibles à la lumière, assez fortement dilatées ; l'opération n'a été suivie que d'un écoulement de sang très-modéré. Le palper de l'abdomen ne semble réveiller aucune souffrance ; au-dessus du pubis, on sent le corps de l'utérus, peu volumineux, dur ; il dépasse la symphyse de trois travers de doigt. La langue est blanche ; l'haleine fétide ; la malade pousse de temps à autre des gémissements, sorte de grognements, quand on veut la faire boire, et elle laisse écouler le liquide de la bouche, sans opérer le mouvement de déglutition.

Vers le soir, la torpeur paraissait moins complète ; elle avalait un peu de boisson quand on la versait dans la bouche avec une cuiller.

Le matin, vers dix heures, le pouls donnait 27 au quart : il était assez plein ; la peau était très-chaude. Vers huit heures du soir, on comptait le même nombre de pulsations, mais la peau présentait moins de chaleur.

Depuis la délivrance, aucun mouvement convulsif ne s'était déclaré.

Au commencement de la journée, le cathétérisme avait produit environ 250 grammes d'urine trouble, laiteuse, donnant encore avec l'acide azotique, un précipité épais, consistant. L'urine, recueillie le soir par le même procédé, était plus claire, et la pro-

portion d'albumine qui y était contenue était en moindre quantité.

On se contenta, dans la journée, de lui faire prendre de temps à autre, une potion stimulante diffusible, et on entretint la chaleur vers les pieds par des moyens artificiels.

Le 22 décembre, l'état comateux est moins profond ; la malade a ouvert les yeux ; son regard est hébété, stupide ; elle reste étrangère à tout ce qui l'entoure ; elle ne semble pas entendre les interpellations qu'on lui fait.

Ce jour-là, il fut impossible de recueillir des urines ; il y avait incontinence et la vessie se trouva vide lors du cathétérisme, de sorte qu'on ne put en recueillir pour l'analyser.

Le 23 décembre, elle ne donne pas encore le moindre signe d'intelligence.

La défécation n'ayant pas eu lieu depuis le 20, on lui administre un lavement simple qui n'a pas de résultat.

Le matin, le pouls était plus calme, 21 au quart, assez large ; le soir, la peau était plus chaude, sèche ; il y avait de la fièvre ; le pouls, plus développé, donnait 28 au quart.

L'infiltration qui était assez prononcée les premiers jours, a diminué ; on la retrouve encore par la pression, quoiqu'elle soit peu manifeste à la vue.

La compression de l'hypogastre ne révèle aucune douleur ; un second lavement simple administré donne une garde-robe liquide ; l'incontinence d'urine ayant cessé, on peut recueillir de ce liquide par la sonde ; quoique moins trouble, il renferme encore une notable quantité d'albumine.

Le 24 décembre, la stupeur est moins profonde ; la malade obéit quand on lui dit de pousser la langue ; elle ne paraît pas encore prendre part à ce qui l'entoure ; les urines sont émises volontairement quand on la met sur le vase.

Vers le soir, la peau est chaude, le pouls est plus plein, plus accéléré ; dans la journée, elle a prononcé quelques paroles, accusant de l'appétit ; il y a moins d'albumine dans les urines. On lui accorde du lait coupé.

Le 25 décembre, les mouvements du bras gauche paraissant

douloureux, on découvre une large ecchymose à l'épaule ; les mouvements de cette articulation font pousser des cris à la malade; on n'y constate point de déplacement.

A partir de cette époque, l'intelligence semble renaître. La patiente, quand un besoin la presse, se livre à des mouvements automatiques pour se faire comprendre. Elle contourne sans cesse, dans les doigts de la main gauche, une mèche de ses cheveux.

Le 26 et le 27 l'intelligence semble renaître. La malade accuse de vives douleurs à l'épaule, qui présente de la chaleur et de la tuméfaction.

L'exploration de cette partie, par M. le docteur De Roubaix, chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre, lui fait croire à l'existence d'une fracture du col chirurgical de l'humérus, les mouvements de rotation imprimés au bras ayant produit de la crépitation; cette fracture aura sans doute été produite par une chute de la femme au moment d'un des premiers accès.

L'absence de déplacement ne rendant pas urgente l'application d'un bandage, on se contente d'assurer l'immobilité du bras par une écharpe, et l'on applique sur l'épaule des compresses imbibées d'eau chargée de teinture d'arnica, dans le but de combattre d'abord le gonflement de cette partie.

On accorde un peu de nourriture; des soupes au lait, du bouillon, des légumes, des beurrées constituent progressivement son régime.

Le 28 décembre, la paresse de l'intestin continuant, une dose d'huile de ricin donne deux selles liquides.

L'intelligence devient de jour en jour plus complète, mais la patiente ne se rend encore aucunement compte de ce qui s'est passé.

Vers deux heures de l'après-midi, un léger accès de fièvre se déclare; l'état de l'épaule paraît en être la cause ; elle est plus chaude, plus gonflée que la veille ; la malade accuse une vive douleur en ce point. Néanmoins, elle a plus d'appétit et réclame à force de la nourriture.

Le ventre est souple, indolore ; la quantité d'albumine diminue notablement dans les urines. Le soir, le pouls est assez plein ; la peau est chaude et sèche; le pouls donne 30 pulsations au quart.

Le 29 décembre, la malade s'informe pour la première fois si son enfant vit, exprime son étonnement de se trouver à l'hôpital et demande depuis combien de temps elle y séjourne. A partir de cette époque, le retour de l'intelligence est complet; les réponses sont encore un peu brèves, mais parfaitement raisonnables.

La fièvre est nulle ce jour-là; la malade accuse beaucoup d'appétit; selles et urines normales.

L'épaule reste toujours gonflée et douloureuse ; on y continue la même médication locale.

Le 1er janvier, les urines renferment assez peu d'albumine pour qu'un excès d'acide azotique fasse disparaître le léger nuage d'albumine qui se forme d'abord.

Les jours suivants, l'état inflammatoire de l'épaule gauche fait des progrès : il devient manifeste qu'un phlegmon s'y forme; malgré cela, la femme est assez bien pour se lever et jusqu'au 21 janvier, l'amélioration de l'état général progresse, malgré l'accroissement des symptômes inflammatoires de la partie supérieure du bras.

Le 22, il est décidé, en consultation de MM. De Roubaix et Pigeolet, de donner issue au pus contenu dans le bras gauche ; une large incision, pratiquée dans ce point, permet au pus de s'écouler en abondance, et à travers l'ouverture on peut, avec une sonde, constater la dénudation de l'os.

A partir de cette époque, la malade est placée dans le service de chirurgie ; un bandage plâtré est appliqué pour faire un tout du bras et de la poitrine et immobiliser le membre; une ouverture est ménagée pour le libre écoulement du pus et, au bout de quinze jours, la malade peut quitter l'hôpital en bonne voie de guérison.

Observation 4.

Grossesse gémellaire. — Accouchement. — Enfants vivants. — Guérison.

La nommée V. Régine, ménagère, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Saint-Jean le 12 novembre 1862. Elle est atteinte d'éclampsie.

Le premier accès a paru à quatre heures du matin. Un second survient à sept heures et un troisième à neuf heures du matin. Après le troisième accès, la femme ne reprit plus connaissance, et les accès se succédèrent de plus en plus fréquents.

A cinq heures du soir, la malade entrait seulement à l'hôpital; elle était dans un état comateux. Aussitôt son entrée, elle eût un accès convulsif; dix minutes après, il en survint un nouveau.

Ventre volumineux. Utérus non bilobé, mais excessivement développé d'avant en arrière. Au toucher, on trouva le col ouvert comme une pièce de cinq centimes, mou et dilatable dans l'intervalle des accès, mais dur et retracté pendant les convulsions. En introduisant le doigt dans l'utérus, M. le docteur Crocq sentit une double poche des eaux.

Une saignée fut pratiquée, puis la femme mise au bain.

Après une heure, le col parut suffisamment relâché et dilatable pour permettre, avec facilité, une délivrance artificielle.

On rompit une première poche amniotique, puis une seconde. Il s'écoula une grande quantité de liquide.

Ensuite le forceps fut appliqué et l'on dilata le col par des mouvements de latéralité de l'instrument. Mais cela ne suffit pas pour permettre l'extraction de l'enfant et l'on fut forcé d'inciser le col, au moyen de ciseaux droits, en deux endroits différents de la lèvre antérieure.

On réappliqua alors le forceps, et on retira successivement deux fœtus parfaitement bien portants.

La mère sortit guérie le 1er décembre 1862.

(*Cahiers d'observations de l'hôpital Saint-Jean.*)

Observation 5.

Grossesse de huit mois et demi ; convulsions épileptiformes ; accouchement forcé ; enfant vivant ; mort de la mère six heures après la délivrance, par M. le docteur Camus.

Madame X..., âgée de vingt-quatre ans, paraissant d'une bonne constitution, s'est mariée au mois de février 1840. Devenue enceinte presque aussitôt après son mariage, sa grossesse fut heureuse jusqu'au jour de l'invasion des accidents que je vais raconter. Je signalerai toutefois comme circonstance commémorative importante à connaître, l'apparition de convulsions vers l'âge de neuf à dix ans, et l'existence au moment des derniers accidents d'un œdème assez prononcé des extrémités inférieures.

Cette femme éprouvait du malaise depuis deux ou trois jours, ce qui ne l'avait pas empêchée de s'occuper de son ménage, lorsque le 24 novembre, elle fut prise le matin, vers neuf heures, d'un accès de convulsion extrêmement violent, pour lequel on fit immédiatement appeler le docteur Grollet, qu'elle avait choisi pour accoucheur. Ce médecin ne tarda pas à venir, mais l'état convulsif étant passé il ne put constater que la stupeur qui avait succédé à l'accès. Il pratiqua immédiatement une saignée du bras, prescrivit l'application de compresses trempées dans l'eau froide sur la tête, une potion calmante et antispasmodique, et se retira.

Deux heures environ après la première convulsion, une seconde se manifesta, puis une troisième pour lesquelles le médecin fut de nouveau appelé. Cette fois encore, il arriva après la convulsion, et trouvant la malade dans un état de plus en plus comateux, il continua la médecine des symptômes en recommandant l'application de sinapismes aux jambes et l'usage d'un lavement purgatif, et promit sa visite pour le soir, vers six à sept heures. Du reste, il ne paraît pas que ce médecin se soit assuré par le toucher de l'état de la matrice. La malade ne pouvant en aucune façon rendre compte de sa position, les accès convulsifs devenant de plus en plus fréquents

et plus intenses, on vint me prier de voir cette femme vers quatre heures de l'après-midi. Je m'y rendis presque aussitôt, et je la trouvai privée de sa connaissance, ayant les yeux hagards; il n'y avait pas trois minutes que j'étais près de cette malade, lorsqu'elle fut prise en ma présence d'un de ces accès que je désigne du nom de *convulsion épileptiforme*. En effet, dans le début de l'accès, les yeux sont fixes, les traits de la face allongés, la figure est d'abord immobile, puis la tête se renverse en arrière, les yeux se cachent sous la paupière supérieure ; bientôt la respiration est suspendue, et tous les muscles du corps sont à la fois pris de contractions convulsives et irrégulières; ainsi, la face grimace dans tous les sens, et avec une grande rapidité, la langue se présente entre les arcades dentaires ; elle est mordue; une écume sanguinolente sort de la bouche, tous les muscles du tronc et des membres sont pris simultanément de mouvements brusques, saccadés, comme s'ils étaient soumis à l'action d'une puissante machine électrique. La respiration et l'hématose sont complétement suspendues pendant toute la durée de l'accès, la face devient bleue, et peu à peu, après une ou deux minutes de durée environ, la respiration recommence, elle est stertoreuse, et l'accès est passé ; il existe alors une résolution complète de tous les membres, les organes des sens sont privés de leurs fonctions, les pupilles sont largement dilatées, la stupeur et une sorte de coma succèdent à ce désordre général. Pendant l'accès, le pouls a acquis une fréquence extrême, et se maintient à plus de 140 pulsations par minute dans l'intervalle.

Justement alarmé de l'intensité et de la gravité de ces accidents, et pour la mère et pour l'enfant, je voulus m'assurer de l'état de la gestation. Je pratiquai le toucher, et j'eus beaucoup de peine à parvenir au col de l'utérus, qui était situé très-haut et à gauche. Je pus néanmoins engager l'extrémité du doigt indicateur dans l'orifice qui me parut souple, mince, complétement effacé; la dilatation égalait à peine le diamètre d'une pièce de cinquante centimes; je parvins sans peine, et par une traction modérée, à l'amener dans la direction de l'axe du vagin. La tête de l'enfant plongeait dans l'excavation pelvienne; mais il n'y avait aucun commencement de travail :

la poche des eaux ne faisait nulle saillie; j'appliquai mon oreille sur le ventre de la mère, pour m'assurer si l'enfant vivait encore; mais, dépourvu de stéthoscope, je ne pus avoir de certitude à cet égard.

Pressé de prendre un parti, car ces affreuses convulsions me paraissaient devoir entraîner la mort de la mère et de l'enfant dans la nuit même, le premier, et pour ainsi dire le seul moyen qui s'offrit à ma pensée, après cet examen, fut de provoquer l'accouchement; si on réussissait, cette opération pouvait mettre fin aux convulsions et sauver la vie à la mère et à l'enfant, si toutefois ce dernier n'était pas déjà tué par la violence de ces accidents.

Je fis part de mon projet au mari, et aussitôt je fis demander M. le docteur Grollet qui avait vu la malade dans la journée; ce médecin ne put venir qu'à six heures et demie. Pendant les deux heures qui venaient de s'écouler jusqu'à son arrivée, la malade avait eu cinq à six convulsions, les crises n'étaient séparées que par un état comateux profond, la vie était menacée prochainement, il était temps d'agir. Il ne me parut pas qu'on put de nouveau recourir à une émission sanguine, et il était physiquement impossible de rien faire avaler à la malade. Lorsque je sus à quelle heure le médecin de la malade pouvait se trouver présent, environ une heure avant son arrivée, je fis quelques tentatives pour dilater l'orifice du col de la matrice. L'introduction d'un doigt fut faite; un second doigt pénétra au bout de vingt minutes environ, puis quelque temps après, l'extrémité des trois doigts, mais avec plus de difficulté, et non sans provoquer des contractions utérines et du col lui-même. Les choses en étaient là, c'est-à-dire que le col admettait l'extrémité des trois doigts, et la malade n'avait pas recouvré sa connaissance depuis longtemps, lorsque M. Grollet arriva à six heures et demie. Je dois ajouter encore que les parties externes de la génération, bien qu'appartenant à une primipare, étaient assez souples pour n'opposer qu'une faible résistance à l'introduction de la main.

J'exposai au médecin mes inquiétudes pour la vie de la mère et celle de son enfant, et ce que je pensais convenable de tenter en cette circonstance : mon avis fut partagé. Je m'étais précautionné d'un

forceps et d'un stéthoscope, et avant de prendre une décision, je priai mon confrère de m'aider à déterminer si l'enfant était ou non vivant. J'avoue qu'il me paraissait difficile qu'il eût pu résister à la violence des convulsions; je promenai donc le stéthoscope sur différents points de la région abdominale, et j'entendis les battements du cœur du fœtus : ils étaient faibles, mais réguliers; en explorant la partie supérieure de la tumeur formée par l'enfant, j'entendis des battements qui avaient le même rhythme que les précédents, et en me rapprochant de la région précordiale de la mère, j'acquis la certitude que ces battements étaient ceux du cœur de la mère. Pensant alors m'être trompé sur la cause des battements que j'avais entendus sur différents points de la saillie formée par l'enfant, je revins sur ma première exploration, et de nouveau j'entendis le même rhythme que dans la région précordiale de la mère. Ce point de diagnostic restant obscur, je crus me tirer d'embarras en comptant avec une montre à secondes le nombre de pulsations que j'entendais dans chaque région; mais ma surprise fut grande lorsque je trouvai pour la mère, comme pour l'enfant, 140 pulsations par minute. M. Grollet ayant répété les mêmes explorations, trouva leurs résultats conformes à ce que je viens de dire; l'enfant ne donnait point d'autres signes de vie; on ne sentait aucun mouvement; notre incertitude sur la vie de l'enfant a donc persisté, malgré l'emploi d'un moyen d'exploration très-précieux. Dans cette incertitude, il fallait se conduire comme si nous avions été certains de la vie de l'enfant; or, il nous paraît que sa vie courrait moins de danger si, la dilatation du col étant portée assez loin, on pouvait appliquer le forceps, que si on opérait la version par les pieds. L'utérus se contractait quand on essayait la dilatation du col, mais les contractions étaient beaucoup trop faibles pour qu'on pût espérer un accouchement spontané. Nous résolûmes donc de continuer la dilatation par l'introduction successive des doigts et de la main, ce que je fis avec autant de prudence que possible, et l'introduction de la main à travers le col étant opérée au moment de la rupture de la poche des eaux, de suite, je procédai à l'application du forceps. Cette application n'offrit pas de difficultés sérieuses; une seule fois le forceps fut articulé à faux; mais

l'extraction de la tête, saisie par le forceps, fut plus difficile, et cela en raison de la situation fronto-pubienne de l'enfant, position qui vraisemblablement ne se serait pas présentée si l'accouchement eût été spontané, mais qu'il n'était pas possible de changer dans cette circonstance.

Néanmoins l'extraction s'acheva et nous eûmes la satisfaction d'obtenir un enfant très-fort et bien vivant. La malade n'avait poussé que quelques gémissements pendant cette douloureuse opération; il n'était pas survenu de nouvelles convulsions, mais l'état comateux n'avait cessé de faire des progrès; elle fut délivrée et remise sur son lit dans une situation convenable, mais dans un état de faiblesse extrême. Elle mourut dans la nuit, environ six heures après avoir été délivrée.

L'enfant continue à se bien porter.

Observation 6.

Après quelques réflexions sur le fait qui précède, le docteur Camus ajoute :

En 1835, je fus appelé avec deux confrères pour donner des soins à une femme qui se trouvait exactement dans les mêmes conditions que notre malade; bien qu'arrivé à son terme, le travail n'était pas commencé, les convulsions épileptiformes étaient violentes et rapprochées; on se borna à une médication qui s'adressait exclusivement aux accidents nerveux auxquels elle était en proie, et on ne fit rien pour sa délivrance : on eut à regretter la perte de la mère et de l'enfant.

Plein de ce souvenir et en présence d'un accident qui me paraissait devoir entraîner la mort de la femme, je n'ai donc pas hésité cette fois à tenter la délivrance. J'ai dit quelles ont été les circonstances favorables à cette opération; il n'en est pas moins remarquable toutefois, qu'un orifice utérin, de la largeur d'une pièce de

cinquante centimes, mais souple, se laisse dilater, sans trop de violence, sans déchirure, en deux heures et demie, au point de permettre l'application du forceps.

Aussitôt après la délivrance, l'utérus, dont les contractions s'étaient éveillés pendant les tentatives de dilatation, revint sur lui-même ; comme si l'accouchement eut été spontané, et nous n'eûmes point à redouter d'hémorrhagie.

En terminant ces quelques mots de réflexion sur le fait que j'ai rapporté, qu'il me soit permis d'exprimer ici un regret ou un doute que l'événement a fait naître en moi. Les conditions dans lesquelles j'ai trouvé la femme, nous ont permis sa délivrance, alors qu'il n'existait plus de chance raisonnable de lui conserver la vie. Cette opération n'aurait-elle pas eu un succès plus complet, celui de conserver la vie à la mère en même temps qu'à l'enfant, si elle avait été entreprise plus tôt, et surtout avant que la malade eut perdu connaissance et que son cerveau eut reçu une si grave atteinte par la répétition de ces accidents formidables?

(*Revue médicale*, février. — *Encyclographie des sciences médicales*, 4e série, tome VII ; Bruxelles, 1841, p. 79.)

Observation 7.

La fille Catherine L..., âgée de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, demeurant rue de Bavière, est entrée à l'hôpital, le 13 avril 1861.

Elle ne se disait malade que depuis deux jours, et attribuait sa maladie à un refroidissement contracté en faisant son métier de repasseuse dans un courant d'air.

A son arrivée, elle présentait un état d'hébétude assez prononcé ; il y avait œdème général ; la face, tuméfiée, offrait une rougeur érysipélateuse ; l'œdème des paupières était tel qu'elle pouvait à peine les entr'ouvrir, de manière à mettre les cercles iridiens à découvert; aussi était-elle envoyée à l'hôpital pour l'érysipèle de la face.

A son entrée, on lui pratiqua une saignée de 350 grammes, et on lui administra l'émétique en lavage.

Le 14 avril, en explorant le sujet, nous constatâmes l'existence d'une grossesse arrivée à sept mois, première grossesse, dont la marche paraissait avoir été constamment régulière; en analysant les urines par l'acide azotique, nous y rencontrâmes une forte quantité d'albumine, et cette circonstance, en présence de l'œdème général dont le sujet était affecté, nous fit présager la possibilité de l'invasion de l'éclampsie, les conditions dans lesquelles se trouvait cette jeune fille nous paraissant excessivement propices à la manifestation de cette maladie.

Rien n'annonçait néanmoins qu'il y eût ni du côté du cerveau, ni du côté de la moëlle épinière aucun travail, aucun symptôme exceptionnel; à part la prostration et la céphalalgie accusée par la malade, et qui se trouvait suffisamment justifiée par l'érysipèle de la face, il n'existait point d'autre trouble marqué dans les fonctions du système nerveux encéphalo-rachidien.

Nous fîmes mettre en réserve le sang provenant de la phlébotomie de la veille, lequel présentait un caillot rétracté, couvert d'une assez forte couenne, ainsi que les urines, et nous priâmes M. Laneau de soumettre ces liquides à l'analyse chimique. En présence de l'amélioration des symptômes observés la veille, nous nous bornâmes à prescrire la diète absolue.

Le 15, au matin, la malade fit l'objet de la leçon de clinique. L'érysipèle avait pris de l'extension; les paupières qui s'entr'ouvraient encore la veille, ne pouvaient plus s'écarter de manière à permettre la vision. L'émétique en lavage, donné le 13, avait produit plusieurs évacuations alvines. Le pouls conservait de la force, de la fréquence et une certaine dureté. Nous fîmes de nouveau ressortir toutes les circonstances qui se présentaient et nous paraissaient excessivement propices à la manifestation de l'éclampsie. Nous prescrivîmes la continuation de la diète et la limonade citrique en boisson. Nos prévisions ne tardèrent pas à se réaliser. Une heure environ après notre visite, la fille L... fut prise d'un accès d'éclampsie, vers onze heures du matin, accès qui se reproduisit trois fois, de onze à trois heures, à des intervalles à peu près égaux.

Dès la première attaque, une saignée copieuse fut pratiquée, et d'après la prescription que j'avais établie en cas d'invasion de la maladie, on lui administra d'heure en heure 50 centigrammes de calomel. Lorsque je revis la malade entre quatre et cinq heures, je fus témoin d'un accès peu de temps après mon arrivée, et cependant la patiente n'était point sortie du coma qui avait suivi l'accès précédent. La matrice ne participait point au désordre de la motilité. Le col conservait encore une certaine longueur. Cependant l'orifice externe était entr'ouvert plus qu'on ne le rencontre d'ordinaire chez la primipare à pareille époque de la gestation ; il permettait l'introduction de la phalangette de l'indicateur. Le vagin n'était le siége d'aucune surabondance de sécrétion. Pendant l'accès, la face était fortement cyanosée ; la respiration s'exécutait avec fréquence et brièveté. Les battements du cœur étaient précipités et tumultueux, et le pouls présentait de la petitesse, de la dureté, de la fréquence. Dans l'intervalle des accès, ces symptômes persistaient, en diminuant peu à peu d'intensité. Le sujet tombait bientôt dans le coma, et la respiration devenait stertoreuse.

Le calomel continué depuis plusieurs heures, n'avait donné aucun résultat. Les organes digestifs semblaient avoir perdu leur impressionnabilité. Le col de la matrice n'offrant pas assez d'ouverture et la matrice paraissant trop inerte et prenant une part trop peu apparente aux contractions musculaires de la vie de relation, il n'y avait point lieu de mettre, pour le moment, en question la délivrance de la femme.

Les mouvements actifs du fœtus n'étaient plus perceptibles. Les tentatives faites dans le but de les produire, restaient sans résultat. L'application de l'auscultation était négative. Si ces moyens d'exploration étaient venus nous donner la certitude de la vie du fœtus, nous nous serions décidés à pratiquer immédiatement l'accouchement forcé par l'opération césarienne vaginale, car la maladie était grave, le pronostic était des plus fâcheux et il eût été consolant en pareille occurrence de pouvoir soustraire l'enfant à la mort. Dans le but d'influencer l'utérus, nous appliquâmes le tamponnement au moyen de boulettes de charpie en chapelet, précédées d'une com-

presse en bourse, pour les soutenir dans le vagin et faciliter plus tard leur retrait. Nous prescrivîmes un lavement de séné, à répéter d'heure en heure. Nous fîmes raser la tête et appliquer sur elle des vessies d'eau glacée.

Les accès ne cessèrent pas de se reproduire à des intervalles de plus en plus rapprochés, et vers neuf heures du soir nous procédâmes de nouveau à l'examen du col.

Après avoir débarrassé le vagin des pièces du tamponnement, nous constatâmes un progrès très-sensible dans le travail; le col était effacé et dilaté ; il permettait l'introduction de deux doigts et l'on sentait distinctement la tête du fœtus en position occipito-antérieure gauche. Il y avait lieu, dès lors, de recourir à l'accouchement forcé, en présence de la répétition des accès et de l'aggravation de la position de la malade, malgré le peu d'espoir que nous donnât, dans de telles conditions, cette opération, de conserver la vie de la mère ; quant à celle du fœtus, nous n'y comptions plus. La femme ayant été placée sur le bord d'une table, recouverte d'un matelas, fut soutenue par des aides. La vessie et le rectum ayant été évacués par les moyens ordinaires, j'introduisis sur la face palmaire de l'indicateur gauche un bistouri droit garni de linge jusqu'à 2 centimètres de son extrémité, et je pratiquai sur le col deux incisions en avant et deux en arrière, dirigées obliquement à gauche et à droite pour sauvegarder avec plus de certitude les cavités voisines, la vessie et le rectum ; ces incisions, modérément étendues, me permirent d'introduire quatre doigts de la main avec facilité, et je pus m'assurer que la poche des eaux était encore intacte ; on l'avait cru déchirée, à cause de l'écoulement d'une certaine quantité de liquide au moment de l'enlèvement du tampon, mais ce liquide était sans doute de provenance extra-amniotique.

L'application du forceps fut facile, eu égard à la mobilité de la tête et à son degré d'élévation, mais lorsque je crus la tenir entre les cuillers de l'instrument, elle s'échappa au moment où je rapprochai les branches ; et cependant la poche des eaux s'était rompue au moment de l'introduction de la seconde branche et par le retrait de l'utérus une forte quantité de liquide amniotique s'était écoulée ; je

retirai l'instrument pour le réappliquer et avant d'y procéder, je fis plusieurs injections dans la cavité utérine, dans le but de provoquer l'expression d'une contraction plus forte, plus énergique, en déterminant une surdistension de l'organe; j'introduisis une sonde élastique ordinaire qui pénétra avec facilité au delà de la tête du fœtus et j'injectai environ 700 grammes de tisane tiède. Le liquide fut introduit sans difficulté et fut retenu dans l'utérus. Le forceps réappliqué amena un fœtus anémique et dont la mort ne paraissait remonter qu'à quelques heures. La matrice revint sur elle-même, mais incomplétement; on la sentait à l'hypogastre, mais elle n'offrait point le globe dur, arrondi, qu'on y trouve d'ordinaire quand l'organe jouit de toute sa vitalité. Le placenta se détacha et fut extrait peu de temps après la sortie du fœtus. Il n'y eut point d'hémorrhagie. La mère fut replacée dans son lit, et l'on continua l'application de l'eau glacée sur la tête. De nouveaux vésicatoires furent placés aux membres inférieurs.

Le coma continua. Quelques accès plus légers se reproduisirent encore; l'asphyxie ne cessa de faire des progrès et l'agonie ne tarda pas à se déclarer. La mort eut lieu le 15, à onze heures du soir.

La *nécroscopie* fut pratiquée trente-six heures après la mort, et donna les résultats suivants : Le cadavre se trouvait en pleine décomposition. L'épiderme se détachait; les mailles du tissu cellulaire étaient distendues par des gaz qui s'échappèrent avec bruit des incisions que l'on fit à la peau. Dans toutes les parties du corps, le tissu cellulaire était emphysémateux; sous le péritoine, dans les épiploons; la cavité du péritoine était elle-même distendue par des gaz; il y en avait également dans le foie, dans les reins, dans la rate, etc. Les deux premières glandes crépitaient comme du tissu pulmonaire sain. Outre les gaz, la cavité péritonéale contenait une grande quantité de liquide séro-sanguinolent. Le foie était ramolli; à la coupe, son tissu se présentait sous un aspect spongieux, dépendant de son état de putréfaction; sa surface convexe était marbrée de taches ecchymotiques. Une grande tache existait particulièrement au voisinage de la veine cave inférieure. En enlevant la tunique propre du foie, on pouvait constater que cette tache correspondait

à un épanchement de sang à la surface du parenchyme hépatique. Les épanchements existaient aux parties déclives; dans la partie la plus élevée, c'est-à-dire vers le bord antérieur, le cadavre étant couché sur le dos, le foie présentait une coloration brun-jaunâtre, sans ecchymose; il était également ramolli, mais à un degré bien moindre que dans les parties opposées.

La rate était un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, et sa couleur était d'un bleu foncé.

Les reins, fortement congestionnés, étaient d'une couleur lie de vin. La substance médullaire était d'une coloration plus foncée que la substance corticale. Elle était dure, et en prenant les reins dans les mains, les pyramides donnaient la sensation de tumeurs internes. Les ganglions mésentériques étaient engorgés.

Les plèvres contenaient très-peu de liquide séreux. Les poumons crépitaient peu. La pression du doigt y laissait une empreinte. La base du poumon droit était engouée : mais ce pouvait bien n'être qu'un engouement cadavérique. On n'y rencontrait aucune trace de tubercules.

Le péricarde renfermait de la sérosité.

Le cœur n'offrait rien de particulier. Son tissu était normal; ses cavités entièrement vides.

Au cerveau, nous trouvâmes, à l'extrémité antérieure de chacun des lobes antérieurs une petite plaque osseuse, anguleuse, irrégulière dont le plus grand diamètre pouvait avoir 12 millimètres; ces plaques étaient situées dans l'épaisseur de la pie-mère et recouvertes par le feuillet viscéral de l'arachnoïde ; plus épaisses au centre, elles s'amincissaient en rayons vers la circonférence. La pulpe cérébrale pas plus que la moëlle épinière, n'étaient le siége d'aucune lésion.

L'analyse du sang et de l'urine qui avaient été recueillis l'avant-veille de l'invasion de la maladie, trente-six heures avant la manifestation du premier accès, a donné les résultats suivants. Nous la devons, comme toujours, à l'obligeance de M. Laneau, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Jean :

« L'urine est légèrement acide et excessivement dense. 60 grammes d'urine contiennent 4 grammes 800 de parties extractives

sèches, dont 1 gramme 800 d'albumine, ce qui fait pour 1,000 grammes :

Albumine sèche.	30
Parties extractives sèches	50
TOTAL. . .	80

« Ce sont là des proportions anormales.

« 60 grammes d'urine donnent 0 gr. 010 d'acide urique, correspondant à 0 gr. 166 pour 1,000. Il y a abaissement dans la normale d'acide urique.

« 40 grammes d'urine fournissent 1 gr. 100 de nitrate d'urée, équivalant à 0,5365 d'urée ou bien à 13 gr. 4 d'urée pour 1,000.

« La proportion d'urée variant de 12 à 16, la quantité de ce produit trouvée n'est donc pas anormale.

« Les sels qui prédominent dans l'urine sont le sulfate ammoniaco-magnésien et les chlorures.

« *Je ne suis pas parvenu à constater l'urée dans le sang.*

« Il y a une particularité relative à ce sang; il était alcalin d'une manière très-prononcée avant de le soumettre à l'ébullition avec de l'eau distillée. Après cette opération, les parties coagulées et liquides refroidies étaient devenues neutres; et quelque temps après, elles manifestaient une légère réaction acide. Le sang avant l'ébullition contenait-il un alcali volatil, du carbonate d'ammoniaque? Cela est possible, ces produits trouvant peut-être leur origine dans la transformation de l'urée. (Bruxelles, 9 mai 1861). »

(*Compte rendu du service de clinique médicale* de M. le docteur PIGEOLET, médecin à l'hôpital Saint-Pierre, par M. Oscar MAX, interne des hôpitaux civils de Bruxelles; Bruxelles, 1862, p. 73.)

Observation 8.

Cas remarquable de convulsions puerpérales épileptiformes survenues au sixième mois de la grossesse et guéries par l'ouverture d'une ancienne cicatrice frontale (?), par le docteur CADE.

La femme B..., âgée de vingt-cinq ans, douée d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait eu deux grossesses sans complication qui s'étaient heureusement terminées par l'accouchement de deux enfants mâles encore vivants aujourd'hui et pleins de vie. Telles ne furent pas la marche et l'issue de la troisième grossesse. Au sixième mois de la gestation, la femme B... fut subitement atteinte d'une violente céphalalgie frontale, exclusivement circonscrite par une cicatrice de vingt ans de date, offrant 4 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, correspondant à la protubérance coronale droite. Cette douleur de tête, jointe à une certaine incohérence dans les idées, ne tarda pas d'inspirer de vives inquiétudes au mari et à la malade elle-même, qui exprima plusieurs fois à certaines personnes la crainte d'être menacée d'une aliénation mentale.

M. le docteur Paradis, médecin de la famille, est appelé le troisième jour de l'invasion de ces symptômes cérébraux, et pratique très à propos une large et copieuse saignée au bras. A dater de ce moment, plus de céphalalgie, plus de trouble dans l'exercice des facultés intellectuelles. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée : dix jours après, le 25 septembre 1840, les mêmes phénomènes du côté du cerveau apparaissent plus intenses que jamais, et ne tardent pas à s'accompagner de violentes convulsions épileptiformes ; ce sont des cris plaintifs arrachés par l'atroce douleur de la cicatrice, des envies continuelles de vomir, puis des accès convulsifs dont voici les principaux symptômes : à une loquacité extravagante succède un morne silence ; bientôt le front se crispe ; les globes oculaires fortement injectés, d'abord fixes, se contournent vers l'angle nasal, de manière à ne laisser entrevoir que le blanc de la sclérotique. Les pupilles, énormément dilatées, sont immobiles et

insensibles à la lumière ; la face est tantôt rouge, violacée, tantôt d'une pâleur cadavérique; convulsions grimaçantes de tous les muscles de la face, constrictions irrégulières et convulsions des deux membres supérieurs ; les membres inférieurs prennent une part beaucoup moins active au désordre musculaire. Les battements du cœur sont tumultueux et accélérés. Le pouls est serré, concentré, et tellement précipité, qu'on a de la peine à en compter les pulsations. Les inspirations sont courtes, difficiles, et accompagnées d'un pénible râle de suffocation. Les muscles de l'abdomen participent à ce bouleversement général, et la matrice énergiquement contractée soulève les parois du bas-ventre et vient se dessiner au toucher et à la vue sous la forme d'un globe tendu et résistant. La fin du paroxysme s'annonce par l'écoulement d'une salive écumeuse, et par des mouvements répétés d'une déglutition bruyante, comme si un corps volumineux se trouvait à l'entrée du pharynx. Pendant toute la durée de cette effrayante scène, la malade est plongée dans une insensibilité complète et dans une entière abolition des facultés intellectuelles.

M. Paradis, convaincu que la cause de ces accès était dans une congestion sanguine de l'encéphale, avait déjà pratiqué une seconde saignée du bras, prescrit l'application de sangsues sur la cicatrice, siége de violentes douleurs, et de sinapismes aux extrémités inférieures, et tout cela sans beaucoup de succès, lorsqu'il se décida à administrer l'émétique pour perturber, pour briser la chaîne non interrompue de ces paroxysmes convulsifs ; des vomissements d'abondantes matières bilieuses ont lieu, et le calme semble se rétablir, mais ce n'est que pour quelques heures. Les accès se renouvellent avec la même fréquence, et presque avec la même intensité; c'est alors, 26 septembre, vingt-quatre heures après l'apparition des attaques d'éclampsie, que je suis appelé pour m'adjoindre au docteur Paradis. Je ne tarde pas à être le témoin de nouveaux accès convulsifs. Frappé de l'injection capillaire de la face, de la dilatation et de l'immobilité des pupilles, de la fréquence du pouls et surtout d'une hémiplégie du côté gauche, je partage l'opinion de mon estimable confrère, sur l'attribution de ces symptômes éclamptiques à

un épanchement, à un refoulement, à un raptus de sang vers le cerveau, occasionné par la pression mécanique du fœtus et de la matrice sur les gros troncs vasculaires du bassin. En conséquence, nous ne doutons pas l'un et l'autre que la déplétion de l'utérus serait le moyen le plus efficace, le plus expéditif pour faire cesser la cause présumée de ces accidents épileptiformes. Mais nul signe, nul indice d'un commencement de travail de parturition; et pour se décider à provoquer un accouchement avant le terme de la viabilité du fœtus, il faut avoir épuisé toutes les ressources thérapeutiques. Avant donc de recourir à ce moyen extrême, nous pratiquons une troisième saignée du bras, nous prescrivons successivement l'application de trente sangsues aux membres inférieurs, des sinapismes aux jambes, des affusions d'eau froide sur la tête, des potions musquées, des frictions avec la teinture de valériane camphrée, des bains entiers, un vésicatoire camphré à la nuque. Deux ou trois heures de calme furent le résultat avantageux de cette méthode déplétive, révulsive et antispasmodique, mise en usage pendant toute la journée du 27 septembre. Voyant l'inefficacité de notre traitement, nous dirigeons nos vues sur le choix des moyens à employer pour provoquer un accouchement prématuré. Le toucher nous fait constater à notre grande satisfaction, l'abaissement et la dilatation commençante de l'orifice utérin; nous n'avions qu'à favoriser cet effort spontané du travail de l'accouchement; il s'agissait peut-être en cela de l'existence gravement compromise de notre malade. Afin d'éviter toute espèce de résistance de la part de la malade, nous profitons d'un accès où toute sensibilité, toute perception est éteinte, pour introduire dans le col de la matrice un cône d'éponge préparée, enveloppé d'un linge fin enduit de pommade belladonnée, et après quelques heures de séjour, nous nous assurons que l'orifice vaginal de l'utérus est assez dilaté pour permettre le passage d'un enfant de six mois. La version podalique est pratiquée sans beaucoup de difficulté, et nous obtenons un enfant qui survit quelques instants. Nous pensions qu'une fois la matrice entièrement évacuée et revenue sur elle-même, tout allait rentrer dans l'ordre; il n'en fut pas ainsi : les accès convulsifs, à dater de la délivrance, prirent au contraire un

nouveau degré de fréquence et de gravité durant la nuit : pas un seul moment de calme. C'est alors que nous essayons en deux fois l'application endermique de deux grains et demi d'acétate de morphine sur la place du vésicatoire; sous l'influence de ce narcotique donné à une dose assez élevée, un sommeil profond et prolongé ne tarde pas à s'emparer de notre malade. Dès lors, les accès ne paraissent qu'à des intervalles très-éloignés, dans la journée du 29 septembre. Cependant la femme B... persistant à se plaindre de l'excessive douleur du front, nous nous déterminons (30 septembre) à ouvrir toute l'étendue de la cicatrice, au moyen de l'application de plusieurs fragments de potasse caustique. Depuis cette cautérisation du tissu cicatriciel, les accès convulsifs ont disparu complétement et sans retour. L'hémiplégie du côté gauche s'est insensiblement dissipée de jour en jour, et aujourd'hui 28 octobre, cette femme parfaitement guérie depuis plus de quinze jours, continue à jouir de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et a repris le cours de ses occupations ordinaires.

(*Bulletin général de thérapeutique*, novembre. — *Encyclographie des sciences médicales*, février 1841, 4e série, tome V, deuxième cahier, p. 299.)

Observation 9.

Observation sur un cas d'éclampsie suivie d'aliénation mentale, par M. Hilaire, médecin-accoucheur à Rouen.

Madame Duval, âgée de dix-neuf ans, était arrivée au huitième mois d'une première grossesse, lorsque le 3 avril dernier, vers minuit, sans causes connues, elle tomba dans un état convulsif effrayant. Appelé auprès d'elle à deux heures du matin, je la trouvais en proie à d'affreuses convulsions. La face était violacée, le col gonflé, les dents serrées; une écume sanguinolente s'échappait de ses lèvres. Je reconnus aussitôt tous les symptômes de l'éclampsie, et je m'empressai de lui tirer environ deux palettes de sang, puis je

prescrivis une potion avec l'eau de mélisse, l'eau de fleur d'oranger, le sirop d'éther et la teinture de castoréum, médicaments qui ne produisirent que très-peu d'effet, vu la difficulté de les faire parvenir dans l'estomac. Je fis appliquer deux sinapismes aux pieds, tandis qu'on couvrait le front de glace pilée et renfermée dans une vessie.

Le soir, les accidents n'ayant aucunement diminué, j'appliquai des vésicatoires aux jambes. Mon ami, le docteur Barré fut appelé en consultation. Il pensa, comme moi, que la terminaison de l'accouchement pouvait seule mettre un terme à ces accidents. Mais le peu de dilatation du col ne permettait pas de recourir à cette opération. Cependant à neuf heures du soir, une troisième saignée fut pratiquée, nécessitée par l'augmentation des convulsions qui étaient presque continuelles. Cet état de choses dura jusqu'à deux heures du matin, époque à laquelle la malade sembla éprouver de véritables douleurs d'enfantement. Bientôt je pus appliquer le forceps, et je fis avec facilité l'extraction d'un enfant qui paraissait mort depuis quelques jours. La délivrance suivit promptement, et il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang.

Quand la femme eut été reportée dans son lit, les convulsions firent place à une extrême prostration. La malade restait sans connaissance, le col et la face gonflés. Craignant de nouveaux accidents, je fis appliquer dix sangsues à la vulve. On continua en outre autant que possible l'usage des potions déjà prescrites, et de plus une tisane de valériane et de chiendent édulcorée avec le sirop de capillaire. Sous l'influence de ces moyens, la malade resta seulement plongée dans un état de somnolence. Enfin, vers neuf heures, elle regarde les assistants, reconnaît son mari, et s'étonnant d'être dans son lit, veut absolument en sortir. Il faut joindre la force à la persuasion pour l'y retenir. La nuit suivante se passe sans convulsions, mais la malade a une loquacité continuelle, crie et vocifère après son mari dès qu'il s'éloigne. La journée du 5 se passa dans le même état. Le délire était continuel, bien qu'elle reconnût toutes les personnes qui l'entouraient.

Les jours suivants, l'état d'aliénation mentale resta le même.

Tantôt la malade croyait que le feu était à son lit ; tantôt elle injuriait son mari et les personnes qui l'entouraient. Enfin, au bout de quelques jours, après une consultation avec M. de Foville, il fut convenu qu'on l'emmènerait à l'asile des aliénés. Là elle reçut les soins convenables à sa position, et elle revint assez promptement à la raison. Je reçus sa visite le 30 juin, jour de sa sortie, et une bonne santé se joignait à un calme complet dans les idées. Elle se persuadait seulement difficilement qu'elle fût accouchée.

Réflexions. — Nous ne reviendrons pas ici sur les considérations que nous avons exposées ailleurs ; nous ferons simplement observer que l'opinion que nous avancions dans ce dernier article, sur la nature de l'éclampsie, paraît fortifiée par l'exemple rapporté par M. Hilaire. Dans ce cas, en effet, la congestion cérébrale a déterminé les convulsions ; puis, lorsque le raptus vers le cerveau a été arrêté par l'expulsion du fœtus et par les sangsues appliquées à la vulve, il n'est resté que des signes d'épanchement, et enfin au bout de quelques jours des symptômes de phlegmasie cérébrale se sont manifestés. Il est à regretter que M. Hilaire n'ait pas ajouté l'opinion de M. de Foville sur la cause de cette aliénation mentale et le traitement qui a obtenu un si prompt succès ; mais il nous semble que ce délire ne peut être attribué qu'à une inflammation du cerveau ou de ses membranes, causée par un épanchement qu'aura déterminé l'éclampsie.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, décembre 1834.)

Observation 10.

De Saveur, Colette, âgée de dix-neuf ans, ouvrière, tempérament lymphatique, arrivée au sixième mois de sa grossesse, est prise, chez elle, le 11 novembre 1862, d'attaques convulsives. On lui pratique une forte saignée et on l'apporte à l'hôpital Saint-Jean dans l'après-midi. Les attaques se succèdent de cinq minutes en cinq minutes.

Seconde saignée, bain général, glace sur la tête. — L'avortement et la délivrance ont lieu vers dix heures du soir.

Le coma, qui a succédé aux convulsions persiste. — Calomel. — Vésicatoire sur tout le cuir chevelu. — Mort le 12 novembre à une heure.

(*Extrait des registres d'observations de l'hôpital Saint-Jean*).

Nous devons à l'obligeance de M. L. Geens, interne de M. le docteur Crocq, qui remplaçait alors M. Buys, gravement malade, les détails qui suivent sur l'autopsie de la femme dont nous venons de rapporter l'histoire :

Méninges injectées; veines gorgées de sang; méninges rachidiennes à la partie inférieure imbibées de sang. Substance cérébrale ramollie et brillante, à cause de l'infiltration séreuse; sérosité claire s'en écoulant par la pression. Cervelet plus injecté. Protubérance et moëlle allongée normales. Moëlle épinière ramollie et diffluente, dans sa partie cervicale; très-injectée surtout au bulbe génito-crural, où sa consistance est diminuée, mais moins qu'à la partie supérieure.

Épanchement séro-sanguinolent dans le péricarde.

Rein droit plus volumineux et plus lourd qu'à l'état normal, hypérémié; la couche corticale offre une teinte jaune, piquetée par places, et présentant dans certains endroits des granulations blanchâtres.

Rein gauche volumineux, jaune-pâle, à surface externe granulée. Granulations à l'intérieur. Taches ecchymotiques dans la substance corticale.

Foie graisseux.

Rate normale.

Utérus : col déchiqueté.

Cœur mou, flasque, contenant peu de caillots.

Observation 11.

Convulsions au terme de la grossesse. — Enfant vivant. — Mère morte.

Madame X..., âgée de trente ans, était mariée depuis cinq ans. A l'âge de quinze ans, elle fut atteinte de scarlatine, à laquelle succéda une anasarque scarlatineuse, avec albuminurie, dont elle ne guérit jamais complétement. « Elle avait toujours l'eau, nous dit son père. » La première année de son mariage, elle eut un enfant, un garçon, âgé aujourd'hui de cinq ans; en 1856, elle accoucha pour la seconde fois et donna le jour à une fille encore vivante. En 1862, vers le commencement de l'année, elle eut à terme un troisième enfant, un garçon mort-né.

Vers le commencement de décembre de la même année, elle alla consulter M. Pigeolet, au sujet de son état général qui l'inquiétait. L'anasarque augmentait depuis quelque temps. L'urine était très-albumineuse. M. Pigeolet donna un traitement palliatif.

Le 1er janvier 1863, madame X... fut prise vers midi de convulsions puerpérales. M. Pigeolet fut appelé, et trois autres médecins avec lui. Il fut décidé qu'on terminerait l'accouchement le plus tôt possible. Le sommet se présentant, mais la tête étant encore au-dessus du détroit supérieur, on tâcha de la saisir au moyen du forceps; mais on ne put y parvenir. Immédiatement, on retira l'instrument; on fit la version, et on put extraire ainsi de l'utérus un gros garçon vivace et encore bien portant vers le 15 janvier, au moment où j'allais recueillir cette observation qui, malgré sa concision, témoigne en faveur de l'influence de la maladie de Bright sur les convulsions puerpérales.

La mère succomba à minuit, douze heures après la première apparition de la maladie. On l'avait vainement soumise aux inhalations anesthésiques.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Observation 12.

Observation sur des convulsions accompagnées de cécité, qui ont exigé un accouchement forcé, par M. Dumont, chirurgien et accoucheur à Bruxelles.

Le 16 mars 1793, dans l'après-dîner, je fus mandé près d'une femme âgée de quarante-six ans, et à la fin de sa onzième grossesse. Depuis trois jours elle avait perdu la vue et ses sens; je la vis dans le moment où elle était attaquée d'une forte convulsion, accompagnée d'un tremblement de tout son corps ; elle avait la face livide et *enflée*, le blanc des yeux rouge, et la vue égarée; le pouls était plein et accéléré, les grandes lèvres de la vulve, les cuisses et les jambes *œdémateuses* et remplies de varices. Par le toucher, je sentis que la matrice était tendue, et son orifice dur et serré. Je crus que la rigidité des fibres de l'orifice, résistant aux contractions du corps et du fond de ce viscère, accompagnée d'une pléthore causée par compression, pouvait être la cause de tous ces symptômes.

Je lui fis sur-le-champ une forte saignée, qui fut suivie de la diminution de tous ces accidents, et du retour du calme; après quoi je lui fis administrer, d'heure en heure, un demi-lavement, composé simplement d'eau de son, qui lui procurèrent deux selles.

Elle tomba ensuite dans un assoupissement qui se prolongea jusqu'à trois heures du matin, lorsqu'elle gagna une convulsion qui fut suivie d'un tel délire, qu'elle mordit et frappa tous ceux qui s'approchèrent d'elle. Je la fis contenir par des assistants pour pouvoir la toucher.

Je trouvai l'orifice de la matrice ouvert de la grandeur d'un petit écu, laissant écouler des mucosités sanguinolentes ; les bords de l'orifice étaient durs et rigides. Je m'aperçus cependant que la tête de l'enfant se présentait naturellement, ce qui m'engagea à faire dans le vagin des injections répétées avec une décoction d'eau d'orge qu'on avait préparée pour sa boisson. Elle fut ensuite calme jusqu'à vers les huit heures du matin, lorsqu'une autre convulsion répandit de nouveau l'alarme. Celle-ci fut suivie d'une perte de sang consi-

dérable, ce qui me confirma dans ma supposition, que l'extension de la matrice portée au delà de son développement ordinaire par le volume de l'enfant et par les eaux qui l'environnaient, pouvait bien s'opposer à ce que ce viscère ne put se contracter assez fortement pour faire céder l'orifice, et que par des contractions partielles la matrice avait détaché le placenta et occasionné cette perte. La crainte d'un pareil état de choses me détermina à avoir recours à la méthode de Puzos, et en conséquence j'ouvris les membranes pour laisser écouler les eaux. La perte cessa, pendant cet écoulement, par la tête qui se serra sur l'orifice. La contraction du fond et du corps étant devenue plus forte que la résistance de son orifice, l'enfant fut expulsé peu après et suivi de l'arrière-faix. L'enfant était fort et gros, ayant la face livide et ne donnant aucun signe de vie. 3 onces de sang que je laissai écouler par le cordon ombilical le fit respirer et jeter des cris. Il a vécu jusqu'à six heures du soir, lorsqu'une convulsion mit fin à son existence.

La femme resta sans connaissance, mais fort tranquille; la matrice se contracta sans la moindre perte. Je la laissai dans cet état, jusqu'à deux heures de l'après-dîner. Il n'avait point encore paru dans ce moment de lochies; je lui fis appliquer des fomentations de lait chaud sur le bas-ventre, et des cataplasmes faits avec de la farine de lin et du vinaigre, sur la plante des pieds; vers le soir, les lochies parurent et la femme recouvra ses sens, mais *point encore la vue;* elle n'avait aucune connaissance de tout ce qui lui était arrivé; le lendemain, je lui fis tirer le lait, dont elle gagna vers le troisième jour une grande abondance.

Depuis ce moment, tout continua d'aller suivant l'ordre naturel. Vers le quinzième jour la malade commença à voir de l'œil gauche, et a continué à voir de mieux en mieux, tellement qu'au bout de trois mois, elle avait parfaitement recouvert la vue, excepté qu'à l'œil droit elle avait conservé une goutte sereine.

(*Actes de la Société de médecine,* etc., à Bruxelles, 1797, tome I^er^, p. 76.)

Observation 18.

10 juin. Hellen Healy; dix-neuf ans, première grossesse. La femme souffrait beaucoup d'un gonflement œdémateux aux membres inférieurs ; les grandes lèvres étaient immensément gonflées, et c'est à cause de cela que j'ai été appelé. Elle est mariée depuis dix mois et croit être à terme. La stature est petite; mais son organisation très-replète ; tempérament leuco-phlegmatique. Je l'ai fait entrer à l'infirmerie et soumettre à l'usage des poudres diurétiques de l'établissement, lesquelles se composent de jalap et de nitrate de potasse. La malade a eu des garde-robes et a rendu des urines en abondance le lendemain. Alors elle se plaint de céphalalgie intense. On lui applique sur la tête des compresses trempées dans de l'eau et du vinaigre froids.

Le 12, à cinq heures du matin, délire, face noire et aussitôt après un accès convulsif violent a lieu. Saignée du bras, de 25 onces. A huit heures du matin, j'arrive auprès d'elle. Les convulsions reviennent de demi-heure en demi-heure avec une assez grande intensité. Dans les intervalles des accès, agitation extrême et insensibilité complète de temps en temps. Langue légèrement déchirée. A l'examen, par le vagin, je trouve le col utérin très-haut et non dilaté, les grandes lèvres diminuées beaucoup de volume. Nouvelle saignée du bras de 32 onces; on rase la tête ; applications froides et irrigations toutes de même nature de temps en temps.

A midi, aucun accès n'a eu lieu; la patiente est tranquille, mais insensible.

Six heures du soir. Un seul accès dans l'après-midi. Saignée de 13 onces. Le col de l'utérus a commencé à se dilater à trois heures, et à un second examen, il paraît complétement épanoui. La malade a recouvert sa sensibilité; mais elle s'agite beaucoup au milieu des douleurs, qui sont très-violentes; elle accuse des envies d'uriner, sans pouvoir les satisfaire. Les douleurs continuent jusqu'à onze heures du soir. La tête de l'enfant est arrêtée au périnée et aucune

convulsion n'est revenue jusqu'au moment où celle-ci s'est échappée de la vulve; alors, un accès violent s'est déclaré. L'enfant était mort, très-volumineux, et pesait 10 livres.

12 sangsues aux tempes; vésicatoire à la nuque.

Le 13, insensibilité, pouls : 100 et plein, respiration difficile, ventre libre; le vésicatoire n'a pas pris. On le répète et on en applique deux autres aux fémurs.

Dix heures du soir. Peau chaude; pouls 90, pas si plein; l'insensibilité continue. Les vésicatoires ont bien pris; pupilles fortement mobiles à l'action de la lumière; toux; respiration difficile. Un grain de tartre stibié toutes les deux heures.

Le 14, dix heures du matin. La malade a bien dormi, la respiration est libre et régulière; la sensibilité reparaît; nausées. Tartre stibié toutes les quatre heures.

Le 15, amélioration marquée, retour des facultés.

Les jours suivants, mieux progressif. Le 19, elle se lève et va bien. Le 21, elle sort guérie.

(*Compte rendu des accouchements*, etc., par M. James Reid).

Observation 14.

La demoiselle N..., de tempérament lymphatico-sanguin, de forte constitution, à sang riche, à forte carnation, à cheveux bruns, âgée de vingt et un ans, bien conformée dans toutes les parties du corps, d'un caractère placide, docile, tranquille, aimable, passa sans maladie grave ses deux premiers âges; elle fut menstruée pour la première fois vers l'âge de quinze ans, et ses règles parurent toujours régulièrement et modérément jusqu'à l'âge de vingt ans, époque où elle devint enceinte à son grand regret. Le cours de la grossesse fut complétement normal.

Dans les derniers jours, lorsque les premières douleurs annonçant le travail commencèrent à se faire sentir, elle se rendit dans la

maison de l'accoucheuse C... pour y déposer le fruit de ses amours.

C'était le matin du 26 septembre 1855. La demoiselle M... se plaignait à l'accoucheuse susdite d'une angoisse extraordinaire, de bouffées de chaleur montant à la face, alternant avec des frissons, de pesanteur et de douleur de tête, de dyspnée, de légères douleurs de reins, intermittentes, courtes, à longs intervalles, d'un vif besoin de se mettre promptement au lit.

Ces symptômes ne diminuaient pas avec le repos. Ils s'exaspéraient d'un moment à l'autre. C'est pourquoi, vers les deux heures de l'après-midi, je fus appelé pour porter remède à ses souffrances. Je la trouvai, la face vultueuse, la peau chaude, sèche, la respiration haute, les yeux brillants, le pouls plein, dur, fréquent, les premières douleurs de l'enfantement n'étaient pas douteuses. Par l'exploration vaginale, je sentis l'orifice externe du col utérin suffisamment dilaté pour admettre l'index, mais peu dilatable; il ne me fut pas difficile de constater une présentation du vertex. La malade n'avait été soumise à aucune soustraction sanguine pendant les neuf mois de sa grossesse. De bonne grâce, elle me permit de pratiquer une bonne saignée. Le sang coulait noir, dense, chaud.

Revenant à sept heures du soir, j'appris que notre patiente présentait de temps en temps des soubresauts de tendons, de légers mouvements convulsifs aux extrémités supérieures et inférieures, des spasmes cloniques aux mâchoires, la rotation en haut des globes oculaires, des contractions irrégulières des lèvres, et donnait des réponses tronquées aux demandes qu'on lui adressait; puis elle tombait dans une espèce de somnolence ; et cependant, les contractions utérines ne se succédaient pas comme on l'aurait désiré. M'étant approché du lit de douleurs, je trouvai la demoiselle avec une physionomie altérée, comme stupide, avec des yeux brillants, les conjonctives oculaires rouges, injectées, la face tuméfiée, de couleur rouge-sombre, la respiration stertoreuse, les carotides battant violemment, le regard fixe, la pupille dilatée, la peau chaude, le pouls dur, fréquent, etc. Tandis que je l'interrogeais sur ses douleurs, elle fut tout à coup prise de convulsions générales, avec une bave écumeuse à la bouche, la face devenant livide; et au bout de

quelques minutes, à ces symptômes succédait un état d'affaissement et de langueur : alors la tête retombait tantôt vers l'épaule droite, tantôt vers l'épaule gauche ; la malade ne répondait plus à aucune demande ; elle était en proie à un profond sommeil. On sentait l'orifice utérin dilaté comme un *soldo* (sou), résistant: le col utérin était raccourci d'environ les deux tiers. Aucune tuméfaction des extrémités thoraciques et abdominales. Le sang, renfermant peu de sérosité, beaucoup de matières solides, était recouvert d'une légère couenne.

Mon pronostic était défavorable. Je fis une nouvelle saignée du bras, copieuse, et je prescrivis une mixture antispasmodique avec 4 grammes de teinture anodine d'Hoffmann. Je demeurai près de cette malheureuse pendant l'espace d'environ deux heures, administrant de temps en temps une cuillerée de cette mixture. Au premier abord, il semblait que les accès convulsifs se mitigeaient et se ralentissaient; ce qui me donnait l'espoir d'une issue moins grave que celle que j'avais pronostiquée ; mais plus tard, le mal s'accrut à mesure que le travail progressait, à mesure que l'orifice utérin se dilatait, et que la tête du fœtus s'abaissait du détroit supérieur dans l'excavation pelvienne.

A une heure du matin, je revis cette malade. Tous les symptômes constitutifs de l'éclampsie étaient à leur maximum de gravité : contractions utérines fortes, mais rares, courtes, comme étouffées; orifice utérin presque entièrement dilaté, aminci, suffisamment dilatable pour permettre l'introduction du forceps; membranes des eaux intactes. Alors je déclarai à l'accoucheuse qu'en ce moment tout délai serait une faute grave ; que le pronostic n'avait pas cessé d'être funeste pour la mère et pour l'enfant ; qu'il fallait rompre les membranes amniotiques et vider l'utérus.

Je dois ici avertir le lecteur que l'opinion générale des accoucheuses de Turin est que la mort d'une femme grosse reçue en pension chez elles, leur enlève une grande part de cette renommée qu'elles n'ont acquise, parmi les dames de la ville, qu'avec le temps et de grands sacrifices. Par suite de ce préjugé, il ne me fut pas permis d'appliquer le forceps, et de vider totalement cet utérus, qui outre le fœtus

et le placenta renfermait une petite quantité de liquide amniotique. La malade fut transportée à l'hospice de la Maternité : elle fut délivrée par le forceps à neuf heures du matin ; le fœtus fut extrait mort A trois heures de l'après-dîner, notre malade rendait le dernier soupir !

(Traduit de l'italien du docteur Francesco MACARI. — *Eclampsia delle partorienti, osservazioni, in* GAZETTA DEL ASSOCIAZIONE MEDICA *degli stati Sardi.* — Torino, anno VI, num. 45, 1856.)

Observation 15.

La dame NN..., âgée de trente-deux ans, de tempérament lymphatico-sanguin, de constitution et de stature médiocres, bien conformée, épouse docile et affectueuse du lieutenant G..., avait déjà donné le jour à sept enfants sans avoir jamais souffert aucune attaque d'éclampsie pendant sa grossesse ou ses couches, quand le matin du 4 octobre 1856, je fus appelé pour l'aider dans le travail de sa huitième grossesse ; elle était prise de si terribles accès d'éclampsie, qu'elle avait plongé dans la terreur son mari, son accoucheuse Anna Cattanea, et dans un embarras extrême l'honorable docteur Ari.

D'après ce qui me fut rapporté, voici les principaux antécédents de la malade : rien d'extraordinaire depuis sa naissance jusqu'à l'âge de dix-sept ans ; à cette époque, première menstruation régulière, pendant cinq jours consécutifs ; une année entière sans une goutte de sang menstruel, retour de la menstruation qui paraît mensuellement, d'une façon normale, jusqu'à l'acte de la première conception qui a lieu dans le premier mois de mariage (1843) : la grossesse, l'accouchement, les couches se succédèrent heureusement, troublées à peine par quelques symptômes d'hystérie, facilement vaincus par une simple infusion de camomille. Elle confia son fils à une nourrice et usa de médicaments lactifuges.

Cinq mois s'étant écoulés sans conception, elle devint enceinte

pour la seconde fois, à l'âge de vingt-deux ans (1845); grossesse, accouchements et premiers jours des couches sans inconvénients notables ; elle commence à se lever, puis se développe une métro-péritonite très-grave, que l'on combat par seize saignées générales, une application de vingt sangsues, et tous les moyens thérapeutiques que la science offre à la pratique en pareille occurrence. A cette phlegmasie succéda une hydropisie ascite avec œdème des extrémités supérieures et inférieures, que l'on ne put que difficilement vaincre par les médicaments les plus énergiques, dans un espace de douze mois.

Vers la fin de l'année 1846, la signora NN... conçut pour la troisième fois. Dans les sept premiers mois de la grossesse, elle fut prise d'une bronchite rebelle, qui la retint presque toujours au lit, et résista aux saignées, aux remèdes antiphlogistiques et calmants, au repos, à la diète, etc. Par suite des secousses continuelles imprimées à l'utérus par une toux obstinée, elle mit au monde un garçon de sept mois qui vécut seulement quelques jours.

En 1848 survint la quatrième grossesse ; à cette époque de guerre, mémorable pour l'indépendance italienne, la malade ne jouit guère de la tranquillité morale qui lui eût été nécessaire. Vers le quatrième mois, elle se heurta la jambe gauche contre un corps dur, résistant, et ce choc eut pour conséquence la formation d'un vaste ulcère variqueux. Vers la fin du neuvième mois, la dame NN. accoucha d'un fils qui vécut seulement trois mois et demi.

Après quelques mois de repos, elle conçut pour la cinquième fois; elle eut beaucoup à souffrir des passions politiques et à la fin du neuvième mois, elle donna le jour à un fœtus déjà mort depuis longtemps.

En 1851, NN... passa très-heureusement les neuf mois de la sixième grossesse, et accoucha d'un enfant mâle, sans accident particulier.

En 1854, commença la septième grossesse qui se termina au huitième mois, par la naissance d'un fils, encore vivant aujourd'hui : on ne put que très-difficilement supprimer la sécrétion des glandes mammaires.

Plus tard, l'écoulement des règles fut toujours plus ou moins régulier et modéré jusqu'au mois de mars 1856, dans lequel elles parurent plus rares que de coutume, signe annonçant une huitième conception.

Cette dame n'allaitait pas toujours : elle souffrait toujours, de temps à autre, de quelques symptômes nerveux hystériformes qui cédaient à l'usage de l'infusion de camomille, à laquelle elle avait été en quelque sorte habituée; ses lochies furent toujours régulières.

Les premiers huit mois de la huitième grossesse se passèrent assez heureusement. Le matin du 3 octobre, s'étant levée à son heure habituelle, elle se plaignit d'une lassitude, d'un abattement, d'une paresse à se mouvoir, d'un ennui dont elle ne savait donner de raison satisfaisante. Cependant, elle se domina et se rendit à l'église la plus proche pour y assister à la célébration de la messe, qu'elle ne put entendre avec tout le recueillement désirable.

A son retour chez elle, la dame NN... souffrit beaucoup pour monter les escaliers : elle eut des vertiges, des tintements d'oreilles, une sensation douloureuse à l'épigastre, des palpitations de cœur. Malgré toutes ces incommodités, elle travailla jusqu'à cinq heures du soir, alors qu'elle fut prise de vomissements répétés de matières bilieuses. On fit appeler le médecin militaire, docteur Ari, qui reconnut bien la grave maladie qui débutait, pratiqua à de courts intervalles deux larges saignées du bras, et conseilla très-sagement au mari de la malade de se pourvoir au plus vite d'une accoucheuse expérimentée, et de réclamer les soins d'un médecin qui s'occupât spécialement d'art obstétrical.

Quand je visitai la malade pour la première fois, c'était le 4 octobre, à dix heures du matin ; les symptômes que j'observais furent les suivants : coma, face gonflée et livide surtout aux lèvres, yeux fermés, pupilles dilatées, veines jugulaires pleines, distendues par une énorme quantité de sang, respiration stertoreuse, tête passivement inclinée vers l'épaule gauche, salive sanguinolente par suite des lésions produites à la langue pendant les spasmes convulsifs; bras chauds, privés de sentiment et de mouvement volontaire, en forte pronation ; pouls dur, fréquent, plein, perte totale de la con-

naissance, aucune réponse à tout ce qu'on demande : orifice de l'utérus dilaté comme un écu, à bords résistants; membranes amniotiques intactes; présentation du vertex.

Pendant que j'interrogeais les assistants touchant les événements antérieurs, je vis les yeux de la parturiente devenir plus vifs et plus brillants, les traits du visage se contracter, les globes des yeux se tourner en haut; des convulsions générales la font se courber en différents sens; elle bat spasmodiquement la mâchoire inférieure contre la supérieure; viennent enfin tous les symptômes secondaires de la plus grave éclampsie, sans que la connaissance perdue reparaisse un instant. Je ne rencontrai d'œdème diffus ou circonscrit ni aux jambes, ni aux mains, ni aux bras. Après trois ou quatre minutes, les spasmes cloniques cessaient, et le coma, l'état léthargique reparaissaient.

Je prescrivis une troisième large saignée du bras, et une mixture antispasmodique composée de 80 grammes d'eau de camomille; 5 de teinture anodine d'Hoffmann et 50 grains de sirop citrique, à prendre par cuillerées.

Je conseillai de maintenir un petit morceau de bois entre les dents pendant les accès, afin d'empêcher de graves lésions de la langue; je recommandai le repos le plus complet, un silence absolu autour de la malade, l'obscurité, et une diète très-rigoureuse.

Vers les deux heures de l'après-midi, dans un très-fort accès, les membranes se rompirent, les eaux s'écoulèrent et bientôt, un fœtus mâle, d'environ huit mois, fut expulsé. La délivrance ne se fit pas longtemps attendre et s'accomplit avec la plus grande facilité. — Après la complète déplétion de l'utérus, le coma et la perte de connaissance persistaient; les lochies coulaient suffisamment abondantes. Le sang extrait étant très-riche, peu séreux, légèrement couvert de couenne; le pouls plein, résistant, fort, la face injectée, etc., je pratiquai vers quatre heures une quatrième saignée du bras d'environ 400 grammes et je continuai l'emploi de ma mixture antispasmodique. — Les accès éclamptiques qui, avant l'accouchement se répétaient de deux en deux heures, depuis l'expulsion du fœtus, laissaient trois heures de repos à la malade, et à cinq heures

il se manifesta une dernière attaque beaucoup plus courte et plus légère que celles observées pendant le travail de l'accouchement.— Vers les neuf heures, je pratiquai une cinquième saignée du bras, non moins abondante que les quatre autres, et je continuai l'emploi de la mixture antispasmodique. — La nuit se passa sans aucun symptôme convulsif : le sommeil et la perte de connaissance n'eurent pas la moindre interruption.

Le matin du 5, tous les symptômes caractéristiques d'une grave congestion cérébrale étant manifestes, et les battements des artères carotides et radiales ayant déjà beaucoup cédé, on appliqua douze sangsues aux apophyses mastoïdes, des sinapismes aux jambes, on conseilla des applications froides sur la tête, et un purgatif huileux par la bouche, outre la rigoureuse application du régime qu'indique impérieusement, en tels cas, le raisonnement et la pratique. Chacun de ces moyens produisit ses effets propres, en même temps qu'une transpiration générale et abondante.

Le mieux continua toute la journée et la nuit suivante. Le matin du 6 octobre, après être demeurée dans le coma depuis le commencement du travail jusqu'à ce moment, elle donna les premiers signes de retour à la connaissance de la manière et par les paroles suivantes : elle porta machinalement la main droite entre les cuisses, sentit les linges mouillés, retira sa main et la vit teinte de sang; elle dit alors à son mari qui était là : « Regarde, j'ai mes règles, (*faccende*) il n'est pas vrai que je sois enceinte ; mon ventre n'est plus gonflé. »

Dans les deux ou trois jours suivants, la dame NN... présenta ces derniers symptômes d'éclampsie : un rire sardonique alternant avec une grande gravité, et une certaine difficulté dans l'expression des pensées, symptômes qui cédèrent facilement aux dérivatifs cutanés et intestinaux. Le 14 du même mois, la malade commença à abandonner le lit pour quelques heures, et la convalescence marcha régulièrement.

(Traduit de l'italien du docteur F. MACARI. — *Eclampsia delle partorienti, in* GAZETTA DEL ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI, n° du 8 novembre 1856.)

Observation 16.

La demoiselle N. N..., de tempérament sanguin, de constitution forte, robuste, brune de peau, noire de cheveux, de stature ordinaire, bien conformée, à poitrine développée, âgée de dix-neuf ans, n'eut jamais de maladie grave; elle commença à être menstruée à l'âge de treize ans; ses règles parurent régulièrement tous les mois jusqu'en janvier de l'année 1856, où elle devint pour la première fois enceinte. Elle ne ressentit aucune incommodité, jusqu'au huitième mois; alors, se plaignant de pesanteur de tête et de difficultés de la respiration, elle me fit appeler; attribuant ces symptômes à un état d'hypérémie, je pratiquai une saignée du bras, d'environ 400 grammes; et le soulagement fut si prompt et se maintint si bien que le lendemain elle quitta le lit et resta bien portante, jusqu'au 4 octobre 1856. Ce jour elle s'éveilla avec de la céphalalgie, une oppression générale des forces, un sentiment d'ennui, de paresse, des bourdonnements d'oreilles, de la chaleur à la peau : les premières douleurs du travail se firent sentir vers cinq heures; à sept heures, rupture des membranes amniotiques; écoulement d'une médiocre quantité d'eau. L'accoucheuse Luigia Puppo, chez qui cette demoiselle était en pension, observa que, à mesure que les douleurs de l'enfantement devenaient plus fortes, plus longues et plus fréquentes, à mesure que la tête du fœtus s'abaissait dans l'excavation pelvienne, et que le col utérin se dilatait, la parturiente devenait rouge dans la figure, puis livide et enfin bleuâtre; les globes oculaires se tournaient en haut; des spasmes généraux, le grincement des dents excitaient chez elle une telle frayeur, que craignant fortement de perdre la mère et l'enfant, on la fit transporter au plus vite dans sa maison. Il était huit heures du matin, quand je revis la jeune fille, que je n'aurais pas reconnue si je ne l'avais vue ailleurs, tant elle était noire et transfigurée : elle souffrait de spasmes généraux pénibles à voir, et elle souffrait comme sous l'empire d'une suffocation imminente; elle perdait involontairement les

urines et les fèces : interrogée, elle ne répondait pas et ne comprenait rien; la connaissance était complétement perdue; une attaque succédait à une autre, avec de courts intervalles de coma : tous les symptômes de la plus grave éclampsie étaient manifestes. A l'exploration vaginale, je trouvai l'orifice utérin entièrement dilaté, la tête du fœtus dans l'excavation. Je me pourvus le plus vite possible d'un forceps, je l'appliquai sans rencontrer d'obstacle, et en peu de minutes je retirai vivant le fœtus, qui respira, vécut, et fut confié à une bonne nourrice. La délivrance fut facile après environ une douzaine de minutes de repos; l'utérus se contracta normalement; la patiente commença à respirer plus librement; et reprit peu à peu connaissance. Bien que la connaissance ne fût restée altérée que jusque dix heures et demie du matin, quelques convulsions générales se répétèrent à des intervalles irréguliers, jusqu'à trois heures de l'après-midi. Les lochies coulèrent abondantes; les suites de couches furent régulières et heureuses; la malade abandonna le lit le 15 octobre, parfaitement rétablie.

Cette jeune fille ne souffrit jamais d'attaques d'hystérie, ni d'aucune convulsion durant sa grossesse ou avant celle-ci; jamais elle n'eut d'œdème des extrémités supérieures ou inférieures.

(Traduit de l'italien du docteur F. Macari. — *Eclampsia delle partorienti, osservazioni*, etc.)

Observation 17.

Congestion cérébrale déterminée par les douleurs et les efforts de l'enfantement et suivie de convulsions, de tétanos (?) et de la mort, par L.-F.-R. Costa-Sicre, D.-M.-P., ex-médecin du grand lazaret du département des Pyrénées-Orientales.

Le 4 juillet 1824, à six heures du matin, je fus appelé auprès de madame Boutigny, âgée de vingt-deux ans, d'une constitution délicate et d'un tempérament éminemment nerveux. Elle était depuis minuit dans les douleurs de son premier accouchement. Je me ren-

dis aussitôt chez elle, et après avoir pris les précautions usitées, il me fut facile de reconnaître, à travers une dilatation du diamètre d'une pièce de trois francs, qu'offrait déjà le col de la matrice, que l'enfant présentait la tête dans la première position, et que, d'après la succession rapide des douleurs, le travail ne serait pas long. Vers les sept heures, le col de l'utérus étant largement ouvert, je fis placer Mme Boutigny sur son lit de misère. Le travail devint de plus en plus actif, la tête de l'enfant s'avança rapidement vers le détroit inférieur du bassin, et au moment où elle allait franchir les parties génitales externes, une douleur plus longue et plus violente que les autres arrive; elle redouble; la malade pousse avec force, se cramponne à tout ce qui l'entoure, jette un cri de désespoir en disant : Dieu! je me meurs... Sa bouche reste béante et fortement tirée vers l'oreille gauche, ses yeux fixes et injectés, son visage violet. Elle perd connaissance, et tout son corps est frappé d'une raideur tétanique(?).

Dans cette situation aussi alarmante qu'inattendue, je procédai sur-le-champ à l'accouchement. Quelques mouvements imprimés avec les mains, sur les parties latérales de la tête de l'enfant suffirent pour la dégager, et en quelques instants le fœtus fut extrait; mais il vint dans un état apoplectique, quoiqu'il ne fut resté qu'une demi-heure au plus dans l'excavation du petit bassin. Deux onces de sang tirées aussitôt par l'ombilic le rappelèrent à la vie; le cordon fut lié, et le nouveau-né fut confié à sa grand'mère, seule personne que j'eusse pour me seconder dans cette pénible et malheureuse circonstance.

Pendant ce temps, l'état de la malade n'avait pas changé. Nous employâmes tous les moyens que nous avions à notre disposition pour la ranimer : aspersion d'eau froide sur le visage, frictions sur les tempes avec l'eau de Cologne et du vinaigre, frictions sèches sur les membres inférieurs. Au bout d'une demi-heure enfin, le tétanos (?) cessa; mais la malade resta encore dans un état d'hébétude et d'égarement, pendant plus de quarante minutes. Ce fut durant cet intervalle que le placenta fut extrait.

Revenue à la raison, Mme Boutigny entend dire qu'elle a un fils;

mais elle se refuse à le croire, disant qu'on n'accouche pas sans douleur et en dormant. On lui présente son enfant ; elle le repousse et soutient qu'il ne lui appartient pas. Ce ne fut qu'après un examen attentif de l'état de son ventre qu'elle se rendit à l'évidence. Elle prend alors son enfant, l'embrasse, et pendant plus d'une demi-heure, témoigne aux assistants qui étaient accourus en foule, toute la joie qu'elle éprouve d'être mère. Après avoir reçu les soins d'usage, et avoir été remise dans son lit de repos, elle prit un bouillon ; les assistants se retirèrent, et une heure après, elle retomba dans l'état suivant : perte de connaissance, abolition complète de toutes les facultés sensoriales, agitation convulsive des globes des yeux et des paupières. En quelques instants, tous les muscles de la vie de relation furent saisis d'une violente convulsion qui se prolongea environ cinq minutes, et à laquelle succéda un tétanos général qui dura plus de trois minutes. Les globes des yeux restèrent alors fixes, saillants et fortement injectés, les pupilles largement dilatées, les traits du visage grippés et d'une couleur plombée, le nez pointu, les deux mâchoires fortement rapprochées l'une contre l'autre. Une salive écumeuse et sanguinolente s'échappait par la bouche (la langue avait été blessée pendant les convulsions et aurait été probablement divisée, sans un bouchon de liége que nous plaçâmes à temps entre les deux arcades dentaires). La respiration fut suspendue tout ce temps, les lochies supprimées ; et le cœur lui-même participait à ce désordre général, car il était impossible de compter ses contractions.

Cet état successif de convulsion et de spasme universel se répéta dès ce moment, d'une manière périodique, toutes les quarante minutes durant l'espace de trente heures. Chaque accès durait de quatre à cinq minutes, et se terminait par le relâchement presque subit du diaphragme et des muscles des parois de la poitrine, à la suite duquel la respiration se rétablissait sur-le-champ. Ce relâchement se propageait ensuite progressivement aux muscles du col, du visage et des membres, et la malade rentrait pour une demi-heure dans l'état que voici : profond assoupissement, perte complète du sentiment et du mouvement, yeux fermés, joues légèrement colorées,

peau douce au toucher et de chaleur presque naturelle, langue humide, bien épanouie, sans rougeur; la malade exécutait le mouvement de succion et avalait assez facilement lorsqu'on lui plaçait un biberon entre les lèvres; la respiration était libre; le cœur battait de 90 à 100 fois par minute; les lochies restaient supprimées, mais les reins sécrétaient une abondante quantité d'urine que la malade lâchait sous elle.

Tout fut employé pour arrêter la marche de cette maladie : saignée du pied et du bras, sangsues aux jugulaires, aux tempes et derrière les oreilles, sangsues aux malléoles et à la vulve, bains généraux, bains de pieds sinapisés, glace sur la tête, fomentations émollientes sur les parties génitales, sinapismes, vésicatoires aux membres inférieurs, le tout inutilement. La peau resta constamment insensible à l'action des excitants, et notre malheureuse malade mourut soixante heures après sa délivrance, ayant passé les dernières quarante heures de son existence dans un profond coma, dont elle sortait par intervalles pour arracher ses cheveux, pousser quelques cris déchirants et retomber aussitôt dans l'assoupissement.

Il est bon de faire observer que, dans les dernières vingt-quatre heures de sa vie, la malade perdit insensiblement la faculté d'avaler, que sa langue devint rouge et raboteuse, qu'elle fut constamment constipée, malgré plusieurs lavements purgatifs qui lui furent administrés, que les lochies ne reparurent plus, et que le cœur battit dans ses derniers moments jusqu'à cent trente fois par minute.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Habitude extérieure du corps. — Pâleur de la peau, emphysème du col et des aisselles, écoulement d'un sang écumeux, pâle, par la bouche et l'ouverture des narines, tympanite considérable, léger écoulement sanguin par la vulve.

Tête. — Injection considérable de tous les vaisseaux qui rampent à la surface de la dure-mère et du cerveau; engorgement des sinus; l'arachnoïde n'était point opaque; ramollissement de la substance

encéphalique sans injection; léger épanchement séro-sanguin dans les ventricules latéraux; épanchement plus considérable à la base du crâne et dans le canal rachidien.

Poitrine. — Les poumons étaient libres et crépitants dans toute leur étendue; les plèvres, non enflammées, contenaient 8 onces de sérosité sanguinolente de chaque côté; le péricarde contenait aussi une petite quantité de sérosité de même nature; le tissu du cœur était pâle et peu consistant.

Abdomen. — Le péritoine, sain, renfermait une petite quantité de sérosité sanguinolente; les intestins étaient pâles et distendus par une grande quantité de gaz fétides. L'estomac était également distendu et présentait à l'intérieur, vers son grand cul-de-sac et vers sa grande courbure, des plaques d'un brun rouge; le reste de la membrane muqueuse du tube digestif était pâle, le foie et la rate étaient sans consistance; la matrice, qui avait le volume d'une grosse poire, était tapissée à l'intérieur d'un caillot peu épais de sang noir, dans l'endroit correspondant aux adhérences du placenta. Le reste des parties génitales était dans un état d'intégrité parfaite.

(*Annales de la médecine physiologique,* par F.-J.-V. BROUSSAIS, tome VII; Bruxelles, 1825.)

Observation 18.

Cas remarquable d'éclampsie après l'accouchement, par le docteur MOSLER, à Giesen.

Fille de vingt-neuf ans, de bonne santé. Première grossesse, il y a cinq ans; couches normales. Jamais d'hystérie, d'épilepsie, de symptômes d'anémie, d'hydropisie ou d'une affection cérébrale quelconque. Dans le septième mois de sa seconde grossesse, elle fut reçue à la clinique chirurgicale, avec des accidents syphilitiques : leucorrhée considérable, cicatrices de chancres sur les petites lèvres et à l'anus, ulcères de l'arrière-gorge et syphilides. Elle était malade

depuis six mois à peu près et avait déjà été améliorée une fois par un traitement à domicile. Elle fut traitée de nouveau par le sublimé, la décoction sudorifique et un gargarisme iodé.

Le 5 juillet, un mois environ après son entrée, cette fille accoucha subitement et rapidement; très-peu d'hémorrhagie. L'enfant mourut syphilitique le huitième jour. Les suites de couches étaient tout à fait régulières et ordinaires. Dans la nuit du 17 au 18 juillet, ainsi douze jours après l'accouchement, elle fut prise de convulsions, sans aucune cause connue, à moins d'admettre une cause déclarée plus tard par la malade, l'exposition à un courant d'air pendant la grande chaleur.

Les accès vinrent d'abord toutes les heures, puis toutes les demi-heures. A partir de neuf heures du matin, perte de connaissance, même dans les intervalles des accès; elle n'est revenue que quatorze heures après le dernier accès. A midi, la malade fut transférée à la clinique médicale, et était dans l'état suivant : immobile; insensible à toutes les excitations extérieures; traits tirés; face d'une teinte bleu-rouge; paupières fermées, et quand on les ouvrait, yeux fixes, pupilles contractées, peu sensibles à l'impression de la lumière; bouche remplie d'une sécrétion spumeuse abondante; langue intacte; mâchoire mobile; température de la peau élevée, surtout au front; battements énergiques des carotides; pouls radial légèrement accéléré, irrégulier; respiration lente, stertoreuse. Les attaques avaient tout à fait les caractères des attaques éclamptiques ordinaires. L'urine, examinée à différentes reprises, n'a jamais fourni de traces d'albumine ou de cylindres fibrineux; la quantité n'en était pas diminuée. Trois accès ont encore eu lieu; les deux derniers à une heure de distance.

Le traitement a consisté en fomentations de glace sur le front; en lotions froides répétées sur tout le corps et dans l'administration de 0,30 de musc.

L'état soporeux s'est prolongé jusqu'au lendemain matin; dans cet intervalle le pouls s'est relevé; la respiration est devenue régulière et la chaleur a diminué. A son réveil, la malade se plaignait de céphalalgie, d'abattement et de douleurs en plusieurs places contu-

sionnées pendant les accès. L'examen de tous les organes ne fit découvrir aucune lésion ; pas de sensibilité à la pression de l'abdomen ; l'orifice du col utérin encore ouvert, et la matrice pas encore complétement revenue sur elle-même; écoulement lochial sans odeur.

La guérison a été complète.

Ce qui rend cette observation remarquable, est l'invasion tardive de l'éclampsie sans coexistence d'aucune des conditions que l'on rencontre ordinairement dans ce cas. L'auteur dit que l'on pourrait rechercher dans l'altération du sang, suite de la syphilis constitutionnelle prolongée, la cause d'une disposition exagérée à l'éclampsie, qui aurait éclaté à l'occasion d'une impression légère, peut-être transitoire.

(Extrait de l'*Union médicale*, 1862.)

PROPOSITIONS.

1. L'éclampsie est une maladie spéciale.

2. La lésion anatomique de l'éclampsie n'est pas connue.

3. Il n'y a pas constamment néphrite dans les convulsions puerpérales.

4. L'urémie et l'éclampsie ne sont pas une seule et même affection.

5. Des théories émises pour expliquer les accidents urémiques, il n'en est aucune, jusqu'aujourd'hui, qui soit à l'abri de toute critique.

6. L'albuminurie n'est pas la seule cause prédisposante de l'éclampsie.

7. Les lésions de la moëlle épinière ou du cerveau ne constituent pas les seules causes prédisposantes de l'éclampsie.

8. Les convulsions puerpérales dépendent de causes multiples et variées.

9. Les convulsions puerpérales peuvent être considérées le plus souvent comme des mouvements réflexes.

10. L'éclampsie peut dépendre d'un simple trouble de l'innervation sans lésion anatomique appréciable.

11. Dans l'état actuel de la science, on ne saurait définir exactement la nature de l'éclampsie.

12. Il n'est permis de confondre l'éclampsie ni avec l'épilepsie ni avec l'hystérie.

13. On n'est pas toujours autorisé à terminer de suite l'accouchement dans les convulsions puerpérales.

14. Pendant la grossesse, à part de rares exceptions, il faut se borner à l'emploi des moyens généraux.

15. En général, il faut préférer le forceps à la version pour terminer l'accouchement.

16. C'est à tort que certains auteurs prétendent que l'issue de l'éclampsie est plus souvent fatale quand on accélère l'accouchement que lorsqu'on l'abandonne aux forces de la nature.

17. La dilatation forcée du col est moins avantageuse que le débridement par des incisions multiples.

18. Le débridement du col par des incisions multiples n'est pas dangereux.

19. L'effet général de la saignée est de prévenir certaines conséquences de l'éclampsie plutôt que de guérir l'éclampsie elle-même.

20. La compression des carotides ne peut suffire pour guérir une éclampsie confirmée.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

AVANT-PROPOS 3

CHAP. Ier. — Anatomie pathologique 7

CHAP. II. — Étiologie 20

CHAP. III. — Nature de l'éclampsie 45

CHAP. IV. — Symptomatologie 56

CHAP. V. — Traitement 68

OBSERVATIONS 108

25.F.94.
Des convulsions puerperales. 1864
Countway Library BEX9253
3 2044 046 118 634

25.F.94.
Des convulsions puerperales. 1864
Countway Library BEX9253
3 2044 046 118 634